

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 101

Contribution à l'Étude clinique de la
Tuberculose Pulmonaire
Fibro Caséreuse
du Lobe Inférieur.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FAURE

né à BOURG D'OISANS (Isère) le 1^{er} Mai 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-
CASÉEUSE DU LOBE INFÉRIEUR.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 101

Contribution à l'Étude clinique de la

Tuberculose Pulmonaire Fibro Caséeuse du Lobe Inférieur.

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FAURE

né à BOURG D'OISANS (Isère) le 1^{er} Mai 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNONIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSEERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROQUE, *président*, M. PIÉRY, *assesseur*

MM. CORDIER et ROUBIER, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-ONCLE J.-B. GAYME

*Chirurgien de la Marine Impériale
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Sa vie, toute de labeur et de devoir,
restera notre plus bel exemple.

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MA GRAND'MÈRE, A MA MÈRE

Leur vie n'a été qu'un long sacrifice
pour leurs enfants: je leur dédie ce
travail en témoignage de ma profonde
affection et de mon immense gratitude.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS GAYME

Chevalier de la Légion d'Honneur

Mon premier Maître.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

Mes deux meilleurs amis.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HERMITTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOURDAN

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTHIER

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIÉRY

Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

M. le professeur Roque nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous lui exprimons toute notre respectueuse gratitude.

M. le professeur agrégé Piéry nous a inspiré ce travail, son accueil bienveillant et ses précieux conseils nous en facilitèrent l'exécution. Nous le prions de recevoir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

M. le docteur Ch. Roubier, médecin des Hôpitaux, a bien voulu nous communiquer ses observations personnelles, nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous avons trouvé à l' « Association Républicaine pour favoriser les études médicales » le meilleur accueil et les meilleures possibilités de travail, notre reconnaissance ira aux maîtres qui la dirige et aux bons camarades qui la fréquente.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO CASÉEUSE DU LOBE INFÉRIEUR.

CHAPITRE PREMIER

Les données actuelles sur les tuberculoses pulmonaires du lobe inférieur.

A. — *Historique.*

La tuberculose pulmonaire du lobe inférieur est, parmi les tuberculoses n'intéressant pas le sommet, la plus fréquente, mais, considérée dans la généralité des cas de tuberculose pulmonaire elle constitue cependant une localisation rare. Cette rareté apparaît nettement, plus nettement qu'en réalité, dans la littérature, et, surtout jusqu'à ces dernières années, peu nombreux sont les auteurs qui signalent cette localisation, moins nombreux encore ceux qui insistent sur elle et l'étudie en particulier.

Laënnec, chez lequel nous trouvons la première opinion sur la localisation des lésions pulmonaires tuberculeuses signale que les cas où la bacillose ne débute pas au sommet sont exceptionnels.

Louis confirme cette opinion par la loi qui porte son nom, et, plus catégorique encore affirme « n'avoir

jamais rencontré de grandes excavations au centre du lobe inférieur ».

Hilton Fagge nie l'extension du processus tuberculeux de bas en haut et ajoute que ce qui a été quelquefois appelé phtisie de la base est une affection distincte décrite sous le nom de pneumonie chronique.

Jaccoud, pour la première fois en 1883, étudie les cavernes de la base et leur diagnostic, mais, à son avis, cette localisation ne se trouve que dans les phtisies d'origine professionnelles ou d'origine pleurétique.

Quelques auteurs font des statistiques : Walsche donne un cas de localisation au lobe inférieur sur 60 ou 80 cas de tuberculose pulmonaire. William Ewart, sur 304 autopsies, trouve : 282 cavernes des sommets, 227 de la région dorso-axillaire, 189 de la région mammaire, 61 de la région sternale et 32 de la base; pour Percy Kidd la proportion est encore plus réduite, puisqu'il ne trouve sur 412 autopsies que deux cas d'ulcérations basales.

Fowler publie un travail sur la localisation de la tuberculose pulmonaire, dans lequel il souligne la tendance des bases à rester saines et la rareté de la nature tuberculeuse des lésions basales.

Le pronostic favorable des lésions basales est reconnu pour la première fois par Grancher dans son traité des maladies respiratoires.

En 1906, Sabourin décrit une nouvelle forme clinique de la bacillose pulmonaire, « la splenopneumonie tuberculeuse à forme nécrosante, dont le siège

de prédilection est le lobe inférieur, correspondant à la phthisie fibro caséuse congestive de la classification de Bard (Congrès de Genève, 1901).

La terminaison de la pneumonie caséuse en tuberculose caverneuse lorsque la mort n'est pas trop rapide, est signalée par Riel dans une thèse inspirée par le professeur Renaut.

Toute une série de travaux de: Mairesse, Lhomme, Weill, Mouriquand, Barlatier, Rabot, Audry, Mailoud, Rist mettant au point la tuberculose infantile nous montrent la localisation fréquente à la base chez l'enfant.

Tous ces travaux sont peu coordonnés et il faut attendre la thèse de Horand écrite en 1908 sous l'inspiration de M. le professeur Paviot pour avoir une vue d'ensemble sur les phénomènes qui nous intéressent.

Horand, dans une thèse très documentée, étudie les formes basales à leur début, leurs divers aspects cliniques et insiste sur l'évolution favorable de ce processus; peu après MM. Burnan et Tecon insistent au contraire sur l'incurabilité relative des formes basales au stade caverneux. C'est dans ce dernier travail que nous trouvons les plus récentes statistiques, les auteurs suisses donnant 2,5 % de localisations basales aux sanatoria de Leysin et des environs.

Petit à petit ces lésions cessent d'être considérées comme des raretés et les auteurs, y attachant une importance de plus en plus grande, parlent d'elles sans étonnement.

En 1913, le docteur Bezançon leur consacre une de ses cliniques, MM. Roubier et Pallasse publient cinq cas avec nécropsie de cavernes basales.

Les traités récents recommandent dans l'examen de tout sujet suspect de tuberculose pulmonaire l'auscultation attentive des bases (Ribadeau, Dumas et Sergent) ; signalent les localisations fréquentes aux sommets, mettent en garde les cliniciens contre « l'inattention avec laquelle on parcourt d'une oreille distraite les 2/3 inférieurs des poumons, et, la tendance fâcheuse à tirer des arguments contre la nature tuberculeuse des lésions si on les découvre à la base.

L'auteur anglais Clide Rivière, dans son livre sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire (Londres 1919), consacre un petit chapitre à la tuberculose basale (Basal Tubercle) et M. Piéry écrit comme conclusion à une étude sur les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire : « L'auscultation pulmonaire possède comme l'auscultation cardiaque trois foyers : le sommet, la scissure et la base ».

Enfin, nombreuses sont ces dernières années les publications, thèses, articles de revues, communications aux sociétés médicales, s'occupant de cette question, étudiant soit directement les cavernes des bases : Les cavernes basales postpleurétiques, Roubier et Pallane, *Province Médicale*, 1917 ; les cavernes tuberculeuses des bases, Mouriquand et Gravier, *Lyon Médical*, 1919 ; Crozier, *Lyon Médical*, 1923 ; les cavernes basales, Thèse de Salier, Lyon 1919, soit le retentissement sur le parenchyme pulmonaire, des lésions pleurales basilaires. La pleurite tuberculeuse des ba-

ses, Bergeret, *Thèse Lyon* 1920. Les symphyses de la base, Barbier, *Thèse Lyon* 1919.

B. -- *Les diverses formes cliniques.*

Dans le travail que nous présentons aujourd'hui nous étudierons spécialement les tuberculoses fibro-caséennes du lobe inférieur. Après avoir publié quelques observations de cette localisation avec intégrité clinique absolue ou relative du lobe supérieur nous chercherons si des conditions étiologiques ou pathogéniques peuvent régir ces exceptions à la loi de Louis et d'après nos observations et celles des auteurs nous nous essaierons à tirer quelques enseignements au point de vue diagnostic, pronostic et traitement.

Auparavant nous allons passer rapidement en revue quelles sont, d'après la littérature médicale, les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, qui en dehors de la tuberculose fibro-caséenne commune, sont capables d'évoluer vers la caséification du lobe inférieur.

Nous étudierons en allant de la forme la plus dense à la forme la plus légère :

La pneumonie caséenne.

Les pneumonies tuberculeuses curables desquelles nous rapprocherons la pneumonie nécrosante de Sabourin.

La broncho-pneumonie tuberculeuse.

La congestion pulmonaire tuberculeuse.

La splenopneumonie tuberculeuse de Grancher.

La pleuropneumonie tuberculeuse ou cortico-pleurite.

La fluxion de poitrine.

Toutes formes bien connues dont nous nous contenterons de fixer les différents symptômes en les étudiant au point de vue de leur localisation basale et de leur évolution vers le stade qui nous intéresse.

Les processus pneumoniques de la tuberculose pulmonaire sont dus au B. K. Nous n'entrerons pas dans la longue discussion sur la nature bactériologique des lésions pneumoniques tuberculeuses, nous nous contenterons de signaler que Veismann a trouvé 35 fois sur 81 et Sargo et Karl Thue 146 fois sur 207, le bacille de Koch seul dans des processus pneumoniques tuberculeux appartenant à toutes les formes cliniques. Que Thaon, Strauss et Gamaléia ont pu par des injections intratrachéales de bacilles ou des pulvérisations de crachats tuberculeux reproduire chez les cobayes tous les stades pneumoniques tuberculeux. Auclair, par l'injection intratrachéale d'éthéro-baciline et chloroformobaciline de Koch a observé les mêmes résultats. Halbron a obtenu toutes ces lésions par l'inoculation de Koch alors que par l'inoculation de staphylos il n'obtenait aucune lésion pulmonaire, des lésions pulmonaires pouvaient être obtenues par l'injection dans la trachée de staphylos à haute dose, mais alors les lésions n'avaient rien de commun avec les pneumonies fibrineuses où ca-

tarrhales ordinaires tuberculeuses, mais étaient de véritables abcès du poumon.

a) *Pneumonie caséuse*

Débute souvent comme une pneumonie franche. Frissons, ascension thermique à 40°, toux, points de côté, expectoration rouillée. Quelquefois hémoptysies dès le début et apparition précoce de B. K, signes généraux graves, anorexie, sueur, œdème des jambes, fièvre irrégulière, devenant plus tard à grandes oscillations. Les signes physiques sont souvent très proches de ceux de la pneumonie franche, cependant ils présentent quelquefois des caractères spéciaux : le souffle, au lieu d'être franchement tubaire est amphorique ou s'accompagne même de signes pseudocavitaires. Les râles sont plutôt des sous-crépitants fins que des crépitants. Souvent silence respiratoire complet, indice d'une oblitération massive des alvéoles et des bronchioles, signes d'hépatisation auxquels succèdent, si la terminaison n'est pas rapidement fatale (3 à 4 semaines) ceux d'ulcération du parenchyme, ulcération siégeant souvent à la base (observation IV de MM. Roubier et Pallasse, obs. III et V de M. Croizier et obs. I de M. Orsat), et donnant de vastes cavernes anfractueuses. Dans ce dernier cas l'échéance est un peu plus longue, 2 à 3 mois. Exceptionnellement la maladie ralentit sa marche après quelques semaines et a une évolution rappelant celle de la forme clinique que nous allons étudier maintenant.

b) *Pneumonie tuberculeuse curable*

Chez ces formes, l'hépatisation tuberculeuse moins grave, après avoir présenté l'allure clinique de la pneumonie caséuse regresse plus ou moins et peut aboutir à la guérison. La thèse de Braum nous rapporte plusieurs exemples de cette forme clinique qui, dans deux de ses observations s'est localisé à la base avec l'aspect clinique suivant : Début chez un sujet sain ou ayant déjà eu une atteinte bacillaire par frisson, point de côté, température à 40°. Toux sèche, puis expectoration visqueuse, aérée, parfois rouillée, ayant tous les caractères histologiques des crachats pneumoniques (gouttelettes d'exsudat séro-albumineux sur fond de mucus), contenant dès le début B. K., quelquefois hémoptysies. Signes physiques de la pneumonie. Etat général relativement bon, puis s'altérant, pas de défervescence. On pense à la pneumonie caséuse et on porte le pronostic fatal. Mais le bloc hépatisé s'ulcère, les crachats deviennent purulents, les signes cavitaires apparaissent, si le malade résiste, l'état général s'améliore et le malade peut guérir (obs. de MM. Devé, Besançon, Metter), en général, guérison relative, le malade garde une caverne (obs. II, Orsat).

c) *Pneumonie nécrosante de Sabourin*

Nous rattachons cette forme à celle des pneumonies curables. Survient primitivement ou chez un tuberculeux plus ou moins avéré. Début brutal ou insidieux.

Matité, augmentation des vibrations, souffle tubaire moins rude à la périphérie, à timbre caverneux quel-

quefois, accompagné de râles spéciaux : les uns sont d'une sécheresse remarquable, rappelant, d'après M. Sabourin, tantôt la rupture du bois sec (craquements xyloïdiens), tantôt le son d'un xylophone (craquements xylophoniques) ; ils deviennent éclatants quand le souffle est caverneux. A côté de ces craquements, M. Sabourin signale l'existence de râles sous-crépitants à moyenne et grosse bulles, qui sont caverneux quand le souffle l'est lui-même, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone.

Evolution vers la guérison ou vers l'ulcération (obs. IV de Serrand; ulcération localisée à la base, obs. de MM. Roubier et Pallasse).

d) *Bronchopneumonie tuberculeuse*

Lésion surtout fréquente chez les enfants, localisée assez souvent à la base (thèse de Lhomme), aboutissant très souvent à l'ulcération et donnant dans ce cas de nombreuses localisations basales, comme on peut s'en rendre compte dans la thèse de Mairesse et de Lhomme. Début brusque, dyspnée très vive (symptôme important), cyanose, toux quinteuse, expectoration peu abondante, purulente. Signes physiques bilatéraux rappelant ceux de la bronchopneumonie banale.

M. Renaut attache une grande importance à l'association paradoxale des signes physiques (pector. aph., sans égo, souffle bronchique sans retentissement de la voix, etc.). Température élevée avec rémission matinale assez forte, pouls petit rapide. Evolution en général fatale en quelques semaines.

e) *Congestion pulmonaire simple* (type Voillez)

Ce processus qui est, d'après Horand, et il en cite quelques exemples dans sa thèse, un processus tuberculeux de base assez fréquent, consiste, d'après Voillez « en une fluxion sanguine aiguë avec fièvre, à invasion brusque, à terminaison rapide et s'accompagnant de phénomènes fonctionnels et de signes physiques qui la font diagnostiquer facilement. » Ces signes et ces phénomènes fonctionnels seront plus ou moins intenses, suivant que l'on aura à faire à un processus pneumonique dense ou léger. Dans le premier cas, le tableau se rapproche beaucoup de celui de la pneumonie : Début brutal par frisson, points de côté, température à 39°, 40°. Toux devenant rapidement quinteuse, dyspnée plus ou moins vive, expectoration gommeuse avec quelquefois apparition d'hémoptysie. On trouvera une zone de matité nette, les vibrations normales ou augmentées, un souffle tenant le milieu entre le souffle rude de la pneumonie et le souffle doux de la pleurésie, des râles fins, quelques râles à bulles moyennes, du retentissement bronchophonique de la toux et de la voix. Les phénomènes généraux sont graves, anorexie, langue sale, urines rares, quelques vomissements.

Dans le deuxième cas, on peut ne trouver qu'un foyer de râles fins, sans souffle ou avec une respiration soufflante, correspondant à une zone de submatité, du retentissement de la voix et de la toux, une température à 38°5, avec toux et expectoration. L'évolution se fera souvent vers la résolution, quelquefois vers la

caséification, comme le montre la thèse de Serrand qui publie trois observations, V, VI et VII, dont deux sur trois ont des B. K.

f) *Splénopneumonie tuberculeuse*

Assez bien individualisée au point de vue clinique, par ce fait qu'elle présente tous les signes d'une pleurésie avec épanchement alors que la plèvre ne contient pas de liquide. Grancher, qui isola cette forme, reconnut la fréquence de sa nature bacillaire, Quérat et Bourdel professèrent les mêmes idées, mais plus tard le rôle du bacille de Koch dans l'étiologie fut restreint sensiblement au profit du pneumocoque et des autres microbes du poumon. De nouveau, ces dernières années, et particulièrement sous l'influence de Mosny et Malloizel, on a restitué à la tuberculose la place qui lui revient. Le type classique simule, comme nous le disions plus haut, la pleurésie. Début par frisson, point de côté, fièvre, toux, expectoration gommeuse ou purulente. A l'examen pulmonaire on a d'abord de la matité, avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire. Puis la matité devient franche, ne se modifie pas par les changements de situation, l'espace de Traube reste sonore, pas de déviation du sternum ou du cœur, pas de fluctuation thoracique. Les vibrations vocales sont abolies, les crépitations pleurales remplacées par un souffle aigre siégeant en pleine matité, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. Les signes sont variables et changent d'un jour à l'autre, simulant tour à tour la congestion pulmonaire et l'inflammation pleurale. Quoique étant

l'une des formes les plus curables de la tuberculose pulmonaire, son évolution peut ne pas toujours être favorable, les récidives sont fréquentes (Braum et Bezançon) et peuvent amener à une évolution fibrocasséeuse, comme le montre une observation de MM. Roubier et Pallasse.

g) *Pleuropneumonie ou cortico-pleurite*

Début par point de côté, frissons, subite élévation de température. Expectoration gommeuse, renfermant souvent d'emblée des bacilles de Koch.

Tout d'abord, signes de congestion simple (submatité, diminution des vibrations, souffle), avec en plus les crépitations pleurales de Potain formées de bulles fines, sèches, s'entendant à l'inspiration immédiatement sous l'oreille. Plus tard, les signes d'épanchement apparaissent, mais sont modifiés par la densité du poumon sous-jacent. A ce moment on a à la base une zone de matité absolue, avec vibrations abolies à ce niveau, souffle dans la zone mate existant aux deux temps de la respiration, moins voilé et plus rude que le souffle pleurétique ordinaire. Broncophonie, recherche du flot pleurétique positive. Au-dessus de la matité hydrique, zone de submatité avec affaiblissement du murmure, râles sous-crépitants fins. Ponction positive, liquide citrin ou hémorragique. Evolution vers guérison ou vers la tuberculose pulmonaire confirmée, comme le prouve l'observation de la thèse de Braun, malade chez laquelle on fait au début le diagnostic de pleuropneumonie banale, l'analyse des crachats confirme le diagnostic de lésion tuberculeuse.

h) *Forme fluxion de poitrine*

C'est à Dupré que l'on doit la description de la fluxion de poitrine, en 1860, puis le nouveau syndrome tomba peu à peu dans l'oubli et Grasset fait revivre quelques années après cette forme clinique dont Dieulafoy dit :

« A côté des phlegmasies franches de l'appareil respiratoire, bronchite, pneumonie, pleurésie, il y a d'autres éléments mixtes et bâtards, dans lesquels les éléments hyperémiques et phlegmasiques sont diversement combinés et que par un accord tacite on avait nommé fluxion. » Souvent il n'y a aucun prodrome et quand ils existent ils se montrent sous des aspects variables et bénins, céphalée, courbatures, malaise général. Puis s'établissent des phénomènes généraux sans localisation appréciable ; température à 38°5, 39°, céphalalgie, douleurs généralisées, vomissement, anorexie, frissons. Enfin vers le troisième ou le quatrième jour, localisation thoracique, congestion bronchique dans toute la poitrine, frottements pleuraux, douleur pleurodynamique étendue, avec hyperesthésie de la paroi thoracique. Puis dyspnée, expectoration rouillée et rougeur de la pommette (Grasset). Les râles et les frottements persistent, toujours aussi gros et aussi généralisés. On peut avoir tous les signes rationnels d'une pleurésie, les signes physiques faisant défaut. Terminaison par crise du sixième au onzième jour. S'il n'y a pas résolution, deux éventualités se produisent et Grasset écrit : « Qu'arrivera-t-il de la fluxion de poitrine non résolue ? Deux choses sont possibles : ou

une résolution tardive ou une dégénérescence casé-euse de l'exsudat... dans le deuxième cas, c'est la phtisie caséuse. »

Et Horand nous prouve la nature tuberculeuse de cette lésion dans son observation n° 7 (présence de B. K.).

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous avons rassemblé dans ce chapitre plusieurs cas de bacilliose pulmonaire fibro-caséreuse localisée au lobe inférieur, avec intégrité clinique relative ou absolue des sommets. Après chaque observation nous ferons une critique rapide de la forme présentée et nous réunirons dans le chapitre suivant les enseignements que l'on peut en tirer au point de vue clinique. Nous les avons rassemblées autant que possible suivant des formes cliniques ou des débuts cliniques semblables.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur PIÉRY)

(Hôpital Sanitaire de Saint-Genis-Laval)

Pleuro-pneumonie caséifiante de la base gauche avec intégrité clinique des sommets.

L..., Gustave, 22 ans, 9^e cuirassiers, rentre dans le service le 14 février 1922.

Vient de l'hôpital Desgenettes pour : « Tuberculose pulmonaire. Signes localisés au sommet gauche. » Antécédents héréditaires et personnels : rien à signaler.

A son dernier retour de permission, 19 janvier 1922, a commencé à tousser, s'est plaint de points de côtés et de dyspnée. Température oscillant entre 38°5, 39°5 le soir et 37°8 le matin. Expectoration mucopurulente. B. K. +.

Pas d'hémoptysie. Amaigrissement de 8 kilogrammes en un mois. Inappétence.

Poumon gauche. — En arrière, submatité fosse sus et sous-épineuse. Sibilances dans toute l'étendue du poumon. Foyers de sous-crépitations nets dans l'aisselle. Sous-crépitations disséminés et inconstants en-dessous de la pointe de l'omoplate, jusqu'à la base.

Poumon droit. — Rien à noter.

Le 18 février la température oscille entre 38° et 39°. Expectoration abondante, avec pus assez fluide nageant dans liquide séro-purulent.

Poumon gauche. — En arrière : sonorité normale du sommet. Respiration à timbre bronchique. Tout le long de laèvre inférieure de la scissure : respiration soufflante et rude avec quelques sous-crépitations ébauchés, inconstants. A mi-hauteur du lobe inférieur au voisinage de la colonne vertébrale : petit foyer de sous-crépitations discrets, nets seulement à la toux.

En avant : sonorité normale. Quelques râles à timbres bronchiques au sommet. Au voisinage de la région scissurale : ligne de sous-crépitations éclatants, mêlés à quelques craquements.

Radioscopie. — Sommets normaux, quelques pomelures 1/3 moyen et 1/3 inférieur droit.

Diagnostic. — Pleuro-pneumonie caséifiante de la base gauche avec intégrité probable du sommet Proposé R. D.

Nous avons affaire ici à un cas de bacillose fibro-caséuse banale à début pleuropneumonique à forme bénigne.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Professeur PIÉRY)

(Hôpital Sanitaire de Saint-Genis-Laval)

Bacillose pulmonaire ulcéro-caséuse de la base droite à forme pleuro-pneumonique avec petit foyer cortical de la base gauche.

B... Alexandre, né le 31 octobre 1900. Entre à l'hôpital le 8 novembre 1921. Vient de l'hôpital de Bourges où il était en traitement pour « tuberculose pulmonaire droite ». Présence de B. K. dans les crachats, a eu une hémoptysie légère du 2 au 10 septembre 1921.

A L'ENTRÉE. — Température subfébrile, dépassant parfois 38°. Toux légère. Expectoration muqueuse abondante. Pas de bacilles de Kock. A maigri de 4 kilos $\frac{1}{2}$ en huit mois. Bon appétit. Assez bon état général.

Poumon droit. — Sommet. En arrière: submatité, vibrations thoraciques exagérées, inspiration un peu humée, expiration prolongée, légèrement soufflante, sans râle:

A la base: submatité. Vibrations thoraciques très diminuées à l'extrême base avec frottements pleuraux.

Poumon gauche. — En arrière, au sommet, légère submatité. Rudesse inspiratoire sans râle. A l'extrême base, quelques frottements pleuraux dans les grandes inspirations.

Radioscopie. — Sommets clairs, s'éclairant à la toux, moins à gauche. Les coupoles sont normales mais la base droite et le sinus droit sont légèrement voilés.

LE 26 NOVEMBRE. — Depuis l'entrée, la température monte le plus souvent au-dessus de 38°. L'expectoration est muco-

purulente, légèrement spumeuse avec quelques débris purulents déchiquetés.

Poumon droit. — Arrière : submatité dans toute la hauteur du poumon. Pectoriloquie aphone légère au sommet, plus accusée à la base. Respiration à timbre bronchique au niveau de la moitié supérieure. Foyers de sous-crépitanes étendus à toute la base, entremêlés de craquements rares mais très nets. En avant : sonorité normale, respiration supplémentaire, expiration un peu soufflante à la base, sans râle.

Poumon gauche. — En arrière : sonorité normale sauf légère submatité à la base, respiration à timbre bronchique sur toute l'étendue du poumon, à la base foyer peu dense de sons crépitants un peu éclatants. En avant rien à signaler.

Diagnostic. —^e Bacillose pulmonaire fibrocaséuse ayant débuté au niveau de la base droite, poussée pleurocorticale ulcéreuse de la base droite. Petit foyer pleurocortical de la base gauche. Intégrité des sommets.

LE 1^{er} FÉVRIER 1922. — Depuis le 16 janvier la température est montée graduellement à 40 et se tient depuis quelques jours à 39°2, 39°5. L'expectoration légèrement spumeuse est constituée de petits fragments purulents.

Poumon droit. — Matité avec résistance au doigt occupant toute la moitié inférieure, en arrière. Abolition des vibrations vocales ; bronchophonie-pectoriloquie aphone très nettes. A l'auscultation, obscurité respiratoire complète de l'extrême base. Dans toute l'étendue de la zone de matité souffle tubaire doux et voilé avec foyers de sous-crépitanes éclatants surtout inspiratoires et quelques craquements. La matité et les sous-crépitanes se prolongent jusqu'à la ligne axillaire antérieure.

Radioscopie. — Sommets voilés s'éclairant mal à la toux, à la base, zone d'opacité diffuse mal limitée par une ligne horizontale affleurant la coupole et se poursuivant en haut par une zone d'obscurité diffuse à prédominance externe, jusqu'au tiers supérieur. La limite de la zone opaque paraît subir des mouvements de bascule respiratoire.

LE 20 MARS 1922. — La température oscille entre 38°2 et 29°5. L'expectoration n'est pas modifiée. Le poids qui était passé de 69 k. 500 à l'entrée à 70.500 le 30 février est retombé à 65.100.

Poumon droit. — Zone de matité persistante avec résistance au doigt et disparition des vibrations vocales dans tout le tiers inférieur. Souffle tubaire léger à la base avec foyer difficilement perceptible de sous-crépitaux entremêlés de quelques craquements. Toux éclatante avec retentissement spéléonquique non douteux. Egophonie et pectoriloquie aphone. Obscurité respiratoire de l'extrême base.

Au tiers supérieur respiration à timbre bronchique sans bruits adventices.

Poumon gauche. — Les bruits entendus à la base gauche lors du dernier examen ne s'entendent plus. Il s'agissait de bruits par propagation.

LE 1^{er} AVRIL. — Les signes pulmonaires sont les mêmes, l'état général aussi, le malade sort réformé n° 1.

Forme plus grave de la maladie qui paraît maintenant rentrer dans la forme chronique : tuberculose pulmonaire fibro-caséuse commune.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Professeur PIÉRY)

(Hôpital Sanitaire de Saint-Genis-Laval)

Pleuropneumonie bacillaire caséifiante de la base droite avec rémission des phénomènes pulmonaires. (Disparition des bacilles de Koch.)

M... Armand, né en 1900, rentre le 21 mai 1921. Vient de Desgenettes pour tuberculose pulmonaire ouverte.

Antécédents personnels et héréditaires, rien à signaler.

A l'entrée, le malade est pâle, amaigri, dyspnée d'effort très marquée, ses lèvres sont cyanosées. La température oscille entre 37°8 et 38°8. L'expectoration spumeuse est abondante et aérée et contient quelques fragments purulents. B. K. rares.

Poumon droit. — En arrière, au sommet, submatité, vibrations thoraciques exagérées. Expiration prolongée et soufflante surtout au niveau du hile. Inspiration forte et rugueuse.

A la base. — Sibilances rares, disséminées. Quelques sous-crépitations inconstants dans le creux axillaire.

En avant. — Quelques sous-crépitations inconstants dans la fosse sous-claviculaire.

Poumon gauche normal.

Le 30 mai 1921. L'état général est médiocre. La température s'est maintenue à 39° jusqu'au 15 mai, a baissé un peu depuis.

Poumon droit. — en arrière, sommet submat, résistance au doigt sur toute la hauteur surtout au niveau du tiers moyen. Respiration obscure au sommet, rude, bruisante.

A la base. — Foyers de sous-crépitations secs.

A la région moyenne, suivant sensiblement le trajet scissural, foyer de sous-crépitations éclatants entremêlés de craquements plus nets dans la région axillaire antérieure.

En avant. — Sonorité normale, respiration bruyante, quelques râles de bronchite à la base. Craquements rares le long de la scissure inférieure. Quelques ganglions axillaires gauches ; on note une matité splénique de trois travers de doigt.

A ce moment le malade est proposé pour la R. T. avec le diagnostic Poussée pneumonique bacillaire tardivement ulcérée du lobe inférieur droit (après période d'infection générale). Présence de B. K.

Radioscopie. — Sommets normaux, à droite à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ombre diffuse, opaque, transversale allant du médiastin à la paroi externe.

Le 23 AOUT 1921. — La température monte à 39°, 39°4.

L'expectoration spumeuse, aérée, contient quelques fragments purulents dans lesquels on trouve quelques bacilles de Koch.

Poumon droit. — En arrière, sur toute la hauteur : submatité avec augmentation des vibrations thoraciques surtout à la région moyenne et à la base. Au niveau du tiers supérieur, respiration bronchique sans râles nets, dans la moitié inférieure avec prédominance, à la région moyenne, foyer de crépitants avec quelques sous-crépitanes fins, ce foyer se propage en avant, occupe tout le lobe inférieur, est limité par la scissure. Egophonie et pectoriloquie légères, on note quelques craquements dans la région axillaire externe.

Poumon gauche. — Sonorité normale. Respiration bruyante avec quelques frottements à la base. La rate est perceptible sur une largeur de trois travers de doigt, anorexie marquée. Pâleur accusée, tension 13/7.

LE 15 FÉVRIER 1922. — Malgré plusieurs examens avec homogénéisation, on ne trouve plus de bacilles de Koch dans les crachats qui sont d'ailleurs rares.

A ce moment apparaissent de grandes oscillations thermiques, des douleurs sacrolombaires irradiées à la ceinture, des douleurs aux mouvements de flexion du rachis. On note de l'exagération des réflexes rotuliens surtout à droite avec une ébauche de trépidation épileptoïde.

Poumon droit. — En arrière, au sommet : submatité, résistance au doigt, sonorité sensiblement normale. A la base : matité avec ballotement net. Vibrations thoraciques exagérées, obscurité respiratoire avec foyer de sous-crépitanes éclatants et bruissements discrets et humides se poursuivant jusqu'au sommet du poumon où l'on note une respiration bronchique sans râles nets.

En avant. — Sonorité normale, sauf à la base où l'on trouve une zone de matité se reliant à travers l'aisselle avec la matité postérieure. A ce niveau souffle broncho-tubaire avec quelques râles lointains à l'occasion de la toux.

A ce moment on pose le diagnostic de : Pleuro-pneumonie bacillaire caséifiante de la base droite avec rémission des phénomènes pulmonaires (disparition des bacilles).

LE 10 MAI 1922. — La température se maintient au-dessus de 39°. L'état général s'aggrave, des symptômes méningés : céphalée, hébètement apparaissent, l'auscultation est impossible.

LE 6 JUIN. — Le malade est mort dans la nuit.

L'autopsie montre : de nombreuses adhérences pleurales sur toute l'étendue du poumon droit. Une coupe pratiquée au niveau du lobe inférieur laisse voir de nombreuses granulations disséminées surtout à la partie interne, sans ulcération. A gauche : rares adhérences, rares granulations du lobe inférieur.

En résumé, pleuropneumonie au cours d'une forme clinique se rapprochant de la granulie migratrice de Bard et dont elle a constitué la période d'état. Si le foyer pleuropneumonique perçu à la base pendant la vie paraît avoir été conditionné par une première poussée de granulie qui semble avoir peu évoluée (présence temporaire de bacilles de Koch) et laissé la place sur la scène clinique à des phénomènes de méningite, larvés pendant plusieurs jours.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Professeur ROUBIER)

*Tuberculose ulcéro-caséuse basale, intégrité des sommets.
Spelonque de la base droite. Pyopneumothorax partiel probable.*

T... Claude, 51 ans. Vieux paludéen, pas d'antécédents pulmonaires. Entre dans le service le 25 mai 1921, venant de la salle Gailleton où il était en traitement pour ulcère de la

jambe. Depuis une quinzaine de jours il toussait, crachait, avait des frissons, une température à 39°.

A L'ENTRÉE. — Malade amaigri, légèrement dyspnéique. Ethylisme marqué. Diarrhée, expectoration de moyenne abondance, mucopurulence avec nombreux B. K.

EXAMEN PULMONAIRE. — *Poumon droit.* — En arrière sommet normal. Matité sans résistance au doigt de toute la moitié inférieure du poumon plus marquée dans le tiers inférieur. Pas de modification notable des vibrations.

L'aisselle est sonore, quelques frottements sont perçus à ce niveau par la palpation.

A l'auscultation l'obscurité respiratoire est complète dans la zone mate. On perçoit au tiers inférieur un souffle aux deux temps, plus marqué à l'inspiration, à timbre creux. Tout autour de la zone soufflante nombreux râles humides inspiratoires dont quelques-uns à timbre éclatant, quelques bulles à l'expiration. Un peu de bronchophonie. Rien en avant. Rien au poumon gauche.

LE 4 JUIN. — Le sommet paraît toujours cliniquement indemne, les signes d'auscultation de la base restent à peu près les mêmes avec exagération du souffle caverneux et du timbre humide des craquements.

LE 26 JUIN. — Le malade se cachectise et présente un peu d'œdème des membres inférieurs.

Aux poumons les signes sont toujours localisés exclusivement à la base droite en arrière, où les signes cavitaires se perçoivent avec une très grande netteté.

LE 29 JUIN. — On entend à la base droite un souffle amphorique très net avec tintement métallique. Pas de succussion. On entend de plus des râles humides peu nombreux dans la région supérieure du poumon.

La radio montre une ligne horizontale à la base qui présente un léger flot lorsqu'on secoue le malade.

LE 6 JUILLET. — L'état général décline. On entend toujours le souffle amphorique déjà noté avec des râles humides de toute grosseur dont quelques-uns sont cavernuleux. On trouve

à l'extrême base une zone de matité absolue et au-dessus une zone de tonalité tympanique aiguë.

Une ponction faite au point maximum du souffle et assez profonde fait pénétrer l'aiguille dans une cavité pleine d'air et retire au retour un peu de pus.

Le malade rentre chez lui quelques jours après.

Il s'agit ici d'une forme à prédominance caséuse se reliant probablement à une pneumonie caséuse. Ce malade est surtout intéressant par l'évolution de sa spélonque basale vers un pyopneumothorax partiel et par le diagnostic différentiel que pose cette évolution.

OBSERVATION V (Résumée)

(Communiquée par M. le Professeur PIÉRY)

Bacillose pulmonaire à début basal. Poussée pneumonique ulcérée du lobe inférieur gauche. Poussée plus récente de pleurite ulcérée de la base droite.

M^{me} P..., 37 ans. Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Bonne santé habituelle, il y a 6 ans, fait une pleurésie, reste trois mois au lit, allait bien depuis, jusqu'à une deuxième grossesse survenue il y a deux ans. Trois mois après l'accouchement, bronchite avec amaigrissement de 5 kgr.

Puis est allée relativement bien jusqu'en octobre 1922, depuis ce moment toux avec expectoration, faiblesse générale, point de côté.

Actuellement (2 janvier 1923) toux quinteuse, expectoration abondante, appétit moyen, digestion bonne. Poids : 59.700. Règles régulières. Température à 37°7, 37°8.

Examen bactériologique : 2 à 3 B. K. par champ (forme monilliforme moyenne prédominante).

A l'examen des poumons, au niveau de toute la moitié inférieure du poumon gauche en arrière, foyer étalé de gros sous-crépitanants éclatants avec craquements nombreux et bruits xyloïdiens de Sabourin. A la partie centrale du lobe, souffle tubocavitaire avec bronchoégophonie et pectoriloquie aphone.

A la base droite, toujours au centre du lobe, foyer de sous-crépitanants très fins en bande étalés horizontalement jusqu'au niveau de la ligne axillaire antérieure.

Examen radioscopique. — Ombre nette et diffuse occupant tout le tiers inférieur du poumon gauche, de la paroi externe au cœur, sauf une légère zone de clarté occupant l'extrême base sur un travers de doigt avec sinus libre mais avec coupole diaphragmatique à jeu limité.

13 MARS 1923. — Après deux mois et demi de traitement devant la régression à peu près complète des signes de la base droite et la persistance sans changement des signes stéthoscopiques de la base gauche, on décide de pratiquer un pneumothorax thérapeutique.

On pratique successivement quatre injections d'azote de 600, 500, 500, 400 cm³. Après la 4^e injection, la température, qui s'était abaissée à 37°2, 37°6, s'élève à 38°, 38°2. On note alors l'existence d'un petit épanchement en même temps que le retour du petit foyer pleurocongestif de la base droite.

15 MARS 1923. — Disparition de l'épanchement avec décompression presque complète du poumon. Deux nouvelles insufflations d'Az. Persistance du foyer de sous-crépitanants fins de la base droite.

16 AVRIL 1923. — Température : 37°, 37°5. La malade a engraisé d'un kilo, compression totale du poumon à la radioscopie qui montre à la base gauche une réaction hilare accusée correspondant au foyer de sous-crépitanants de la base droite, lequel présente les mêmes signes d'auscultation.

Il s'agit ici d'une tuberculose pulmonaire à début basal par une poussée pneumonique ulcérée en plein centre du lobe inférieur gauche. A noter que les signes xyloïdiens répondent nettement cette fois à la présence de B. K.

A noter également à la base droite la coexistence au même niveau qu'à gauche d'un foyer de corticopleurite assez variable dans ses manifestations.

Un pneumothorax gauche pratiqué il a deux mois a amené une amélioration manifeste de l'état de la malade sans aggravation du foyer droit.

OBSERVATION VI

(Communiqué par M. le Professeur PIÉRY)

*Bacillose pulmonaire fibrocaséuse de la base droite
avec caverné précoce et muette.*

M^{lle} P..., 30 ans. Bonne santé habituelle. Pas de maladies antérieures.

Depuis *novembre* 1923 s'est enrhumée à différentes reprises sans qu'on puisse parler de bronchites caractérisées.

A la fin de janvier 1923 dit avoir eu une grippe avec toux et expectoration plus accusée, sans état fébrile apparent et sans que la malade s'arrête dans ses occupations journalières.

Au début de février, la malade se sent moins bien, constate de l'amaigrissement en même temps qu'une température à 38°2, 38°5.

A l'auscultation on trouve : poumon droit : foyer assez diffus de ronchus et de gros sous-crépitations à la région moyenne. Rien à gauche.

On fait le diagnostic de grippe avec localisation bronchique et congestive pulmonaire.

LE 15 FÉVRIER. — La température se maintient à 38° le matin, 38°5 le soir. Quelques sueurs nocturnes, anorexies.

Poumon droit. — Foyer de gros sous-crépitants humides et un peu éclatants étendus transversalement à la région moyenne et à la base, de la colonne vertébrale aux creux axillaires, soustendant en quelque sorte la scissure droite mais à distance approximative de deux travers de doigt en dessous.

L'examen bactériologique décèle des bacilles de Koch en grand nombre dans une expectoration mucopurulente.

La radioscopie décèle en plein centre du lobe inférieur une image cavitare des plus nettes dépassant l'étendue d'une pièce de deux francs. Lésion que l'auscultation la plus attentive n'avait pas permis de soupçonner.

LE 10 MARS 1923. — La température est tombée à 37° le matin, 37°6 le soir. L'appétit a repris. La malade va notablement mieux.

Forme bénigne de bacillose fibrocaséuse intéressante par l'absence de signes cavitaires cliniques.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le Professeur ROUBIER)

(Publiée par M. CORTOU, « Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires muettes. Thèse Lyon 1923 »).

Bacillose pulmonaire. Signes physiques discrets de la base droite. Caverne muette de la base droite décelée par la radioscopie.

M^{me} Ch... Mélanie, 21 ans. Entre dans le service le 13 janvier 1921 pour congestion pulmonaire. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A eu la grippe en 1918. Tousse tous les hivers. Depuis deux mois tousse tous les matins, expectoration mucopurulente, a beaucoup maigri, perd ses forces.

A L'ENTRÉE. — Etat général médiocre. Tousse et crache toujours. Assez bon appétit. Température oscillant entre 37° et 38°. Bacilles de Koch dans les crachats.

Examen pulmonaire. — Sonorité normale des sommets, mais percussion douloureuse surtout à droite. Submatité de la base droite en arrière jusque dans l'aisselle. Vibrations perçues. A l'auscultation, râles humides de la base droite sans retentissement de la voix ni de la toux. Aux deux sommets, en arrière, respiration un peu obscure surtout à droite, sans bruits surajoutés après la toux.

En avant,, rien d'anormal à gauche. A droite submatité à partir du 4^e espace, se confondant plus bas avec la matité hépatique. On perçoit à ce niveau quelques râles humides.

LE 20 JANVIER. — Les signes sont toujours localisés à la base droite.

Submatité, obscurité respiratoire du tiers inférieur avec râles humides peu nombreux ayant l'apparence de râles sous-crépitants ordinaires de bronchoalvéolite. Ces mêmes râles se retrouvent à la partie inférieure de l'aisselle et en avant dans la région sous-mamelonnaire ; les râles se perçoivent jusqu'au sommet de Fowler en arrière. Les sommets et tout le reste du champ pulmonaire sont indemnes.

A la *radioscopie* on trouve une image cavitaire à la base droite, surtout visible en postérieur située en dedans près du hile, de contour arrondi se rétrécissant à la toux.

La malade, qui a un bon état général, part à la campagne le 23 janvier.

Cette malade, intéressante au point de vue diagnostique par sa caverne muette révélée par la radio, paraît avoir fait au moment de son atteinte de grippe en 1918, une poussée aiguë de tuberculose, congestion ou fluxion de poitrine qui a évolué lentement et a fini par donner à la base une spélonque entourée par une zone de tuberculose fibro-caséeuse occupant tout le lobe inférieur.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le Professeur PIÉRY)

(Hôpital Sanitaire Saint-Genis-Laval)

*Bronchoalvéolite tuberculeuse généralisée. Tuberculose
fibrocaséuse de la base gauche.*

G... André, garçon boucher, 20 ans, 14° C. O. A.

Entre le 6 août 1921, vient de Desgenettes où il était entré pour : « Pleurite gauche, point de côté sous le mamelon, toux avec expectoration peu abondante, anorexie, amaigrissement, signes de bronchite des deux sommets ». Pendant son séjour à Desgenettes : aggravation brusque, hémoptysie abondante les 16, 17 juillet. Une analyse de crachats après homogénéisation, le 1^{er} août, est positive, trois autres analyses sont négatives.

A L'ENTRÉE. — Température : 37°, 38°9. Toux diurne, constante et intermittente, suivie d'expectoration mucopurulente. Appétit parfaitement conservé. Asthénie permettant un léger travail. Dort bien, peu de sueurs nocturnes. Faciès et habitus extérieur satisfaisant.

Thorax symétrique avec diminution de l'amplitude respiratoire de l'hémithorax gauche. Matité des deux bases, plus accentuée à gauche qu'à droite.

Poumon gauche. — Dans les deux tiers supérieurs respiration bronchique mêlée de râles bronchiques sibilants et piaulants.

A la base. — En arrière, gros foyers de râles sous-crépitaux entendus aux deux temps de la respiration, accentués par les secousses de la toux, masquant totalement le murmure vésiculaire et s'étendant en demi-ceinture, jusqu'à la ligne axillaire.

Poumon droit. — Auscultation semblable à celle du poumon gauche, râles bronchiques dans toute la hauteur et zone de sous-crépitaux symétrique à la précédente.

En avant, on perçoit quelques froissements pleuraux à la base.

LE 30 AOUT. — Depuis l'entrée, la température oscille entre 37° et 38°4, l'expectoration est mucopurulente. Le malade a engraisé de 2 k. 500.

Aux deux poumons en arrière : râles sibilants et gros sous-crépitanants répartis sur tout le champ pulmonaire avec prédominance marquée aux bases. La base gauche est submatée avec foyer très dense de sous-crépitanants éclatants et de craquements humides.

En avant : sonorité normale, sibilances moins nombreuses qu'à l'arrière, nettes surtout vers les bases avec gros sous-crépitanants apparaissant à partir de la ligne axillaire antérieure. Râles plus nombreux à la base gauche.

Diagnostic. — Bacillose pulmonaire à forme bronchique, bronchoalvéolite généralisée prédominante aux bases avec petit foyer caséifiant à la base gauche.

LE 8 NOVEMBRE. — La température continue à demeurer au-dessus de la normale et oscille autour de 37°8. Le malade a repris 3 k. 500, tousse beaucoup moins, ne crache plus.

Aux poumons, on ne note plus qu'une légère obscurité respiratoire plus marquée à droite avec quelques bruissements aux deux bases surtout à gauche.

La radio montre des sommets voilés s'éclairant bien à la toux, une ombre médiastinale plus marquée à droite, où elle vient aboutir en bas à un relèvement angulaire de la coupole droite.

Il s'agit ici d'une forme à début bronchique généralisé, assez fréquente chez les jeunes soldats et qui rapidement a fait une localisation basale prédominant à gauche. Cette localisation paraît avoir revêtu une forme de pneumonie hémorragipare bénigne avec ulcération parenchymateuse relativement précoce.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. le Professeur PIÉRY)

(Hôpital Saint-Genis-Laval)

Bacilliose à localisation ganglionnaire. Ganglions cervicaux susépitrochléens et intrapulmonaires. Poussée pneumonique ulcéreuse du lobe inférieur consécutive à des adénites bacillaires intrapulmonaires.

M... Charles. A eu une congestion pulmonaire en septembre 1918 et une bronchite en février 1919.

Rentré à l'hôpital le 12 décembre 1920, évacué des Vosges.

A L'ENTRÉE. — Etat général passable, amaigrissement de 5 kgrs environ, appétit diminué, sueurs nocturnes légères. Tousse peu, expectoration mucopurulente abondante, température oscillant entre 37°5 et 38°5.

Rien de net à l'auscultation, respiration humée au sommet gauche en avant, obscurité respiratoire en arrière. Abscès ganglionnaire de la région carotidienne droite. Ulcération cutanée de la région susépitrochléenne.

LE 8 MAI 1920. — Le malade continue à présenter un état fébrile persistant, 38°, 39°.

Examen pulmonaire. — Poumon droit : légère diminution de la sonorité sur toute la hauteur du poumon avec zone de submatité juxtavertébrale du tiers inférieur avec foyers de sous-crépitanes étouffés et un peu lointains. A la base, foyers de sous-crépitanes plus secs et plus superficiels, obscurité respiratoire.

Amaigrissement très marqué. dyspnée d'effort. Faiblesse générale.

LE 14 mai 1920. — L'état général reste stationnaire. Le malade a quatre à cinq selles diarrhéiques par jour. L'expectoration est spumeuse et abondante, la température oscille entre 37° et 38°5.

Les signes physiques persistent avec cette différence que les sous-crépitanes entendus la dernière fois dans les zones

juxta sternale et juxta vertébrale s'entendent maintenant dans toute la base droite.

LE 26 MAI. — La température a monté progressivement et atteint 39°6. A la base droite on perçoit toujours un foyer de sous-crépitations secs. Mais de plus, au niveau des deux régions sous-scissurales droite et gauche, on a un foyer de râles sous-crépitations humides, s'accompagnant à gauche de retentissement de la toux et de craquements humides. Suppuration de ganglions carotidiens droits. Ganglions axillaires gauches volumineux. Adénite inguinale bilatérale.

Plusieurs Ziehl faits à des dates différentes sont restés négatifs.

LE 3 AOUT. — Expectoration abondante. Toux quinteuse. Depuis le milieu de juillet la température oscille entre 36°5 et 38°5. Les signes physiques sont toujours les mêmes.

LE 25 OCTOBRE. — Persistance des signes physiques. La température oscille maintenant entre 36°5 et 37°5.

LE 20 NOVEMBRE. — Le malade se plaint de douleurs dans la colonne vertébrale, l'examen décèle un Mal de Pott au niveau de la 10^e dorsale.

Examens radioscopiques. — Trois examens faits en cours de traitement ont accusé à la base droite une ombre triangulaire à base médiastinale, s'appuyant sur le cœur et à sommet descendant sur le diaphragme, à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen.

Il s'est agi ici d'une forme intéressante de bacillose à localisation ganglionnaire prédominante. Localisation ganglionnaire ayant atteint en premier lieu les ganglions cervicaux et sus-épitrochléens, puis les ganglions bronchiques et intra-pulmonaires, avec localisation pulmonaire de voisinage et enfin comme troisième épisode, localisation ostéo-articulaire au niveau de la colonne vertébrale. L'examen stéthacousique joint à l'examen radioscopique montre très nettement

la coexistence intéressante d'un foyer de pneumonie légèrement ulcéreuse du lobe inférieur et d'une réaction ganglionnaire et médiastinale réunissant le foyer pneumonique à la masse médiastinale.

Toute l'évolution clinique est en faveur d'une tuberculose à localisation ganglionnaire comme cela se voit souvent chez un jeune.

Localisation ganglionnaire plus apparente ici parce que périphérique d'abord ; la poussée pneumonique paraît bien consécutive. Alors qu'ici en apparence on pourrait invoquer l'existence du chancre primitif basal droit, avec localisation ganglionnaire consécutive des auteurs, l'examen clinique doit faire rejeter cette séduisante hypothèse et faire penser que la localisation pulmonaire a été consécutive à la localisation ganglionnaire survenant par le mécanisme habituel de l'infection sanguine avec cette particularité ici d'une localisation pulmonaire de voisinage.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le Professeur PÉRY,
(Hôpital militaire de Saint-Genis-Laval)

Publiée par M. MIGNOT (*in Syphilis et Tuberculose*,
Thèse, 1923, Lyon)

Spécificité antérieure. Bacilliose pulmonaire à début basal. pleuro-pneumonie légèrement caséifiante de la base droite. Pleurésie médiastinale concomittante. Foyer secondaire de la base gauche.

V... M..., 22 ans, entré le 29 janvier 1922, vient de Saint-Mandrier, où il était en traitement pour tuberculose pulmonaire.

Antécédents héréditaires : Parents vivants. Son père a eu, il y a quinze ans, une pleurésie. Sa mère, en bonne santé, tousse un peu cependant. Une sœur morte en bas âge d'une affection indéterminée.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle, scarlatine au service militaire. In corporé en février 1918, en bonne santé. En juillet 1921, il commença à *tousser* et à *cracher*. Il a perdu, pendant le seul mois de juillet, de 4 à 5 kilos. En août 1921, même état, avec des signes plus marqués peut-être. Hospitalisé le 11 septembre 1921, pour asthénie, toux, céphalée ; température, 38°5. On diagnostiqua une bronchite droite. Envoyé ensuite à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon, on diagnostiqua une bronchite double aiguë. Dans son expectoration, le malade constate plusieurs fois des filets de sang. Le 28 décembre 1921, ses crachats contenaient des bacilles. On constata alors des signes de symphise pleurale à la base droite ; il rentre à Saint-Mandrier, d'où il part pour Saint-Genis, le 28 janvier, avec le diagnostic : tuberculose pulmonaires, avec signes de ramollissement au début du sommet droit ; pleuro-congestion de la base droite, avec déviation médiastinale. Syphilis contractée en février 1921. A Saint-Genis, il commence à cracher du sang ; il en a craché pendant quatre jours, par gros crachats rouges.

Actuellement, le malade accuse des points diffus à droite, de la dyspnée d'effort. Il tousse assez fréquemment et crache peu abondamment. Etat subfébrile ; d'habitude, il ne dépasse pas 37°7, mais monte de temps en temps à 38°2. Tension : 15,5 × 7.

LE 11 JANVIER 1922. — Au poumon droit, en arrière, au sommet, légère submatité. A la base, matité avec diminution des vibrations. Respiration rude, avec quelques bruissements vagues au sommet ; souffle intense aux deux temps, dans le lobe inférieur, marqué, à la partie basale du lobe, avec râles un peu humides, éclatants et gargouillements. Pectoriloquie aphone et bronchophonie, éclatement de la toux. Propagation de ces signes dans l'aisselle. Respiration un peu intense en avant.

Au poumon gauche : En arrière, au sommet, sonorité nor-

male. Matité légère à l'extrême base, avec diminution des vibrations. A l'auscultation, rien au sommet. Dans le lobe inférieur, on entend, le long de la colonne, la propagation du souffle basal droit, avec quelques râles un peu humides, sous-crépitaux. En avant, un peu d'intensité de la respiration sous la clavicule.

17 FÉVRIER. — A l'entrée, le malade avait présenté des hémoptysies assez abondantes, un demi-crachoir de sang fluide ne se coagulant pas.

Traité, les premiers jours, par la potion « ipéca-digitale », puis par les injections intraveineuses « Ipéca-digitale », les hémoptysies ne se sont pas reproduites et la température a un peu baissé. Expectoration muco-purulente.

Au poumon droit, au sommet, en arrière, légère submatité qui va en augmentant, pour aboutir à une zone de matité avec résistance au doigt, qui occupe tout le tiers inférieur. A l'auscultation, au sommet, obscurité respiratoire légère ; au niveau de la moitié inférieure, souffle tubaire, craquements et râles humides.

En avant, sonorité normale sur toute la hauteur, sauf au voisinage de la région axillaire, où s'amorce une zone de matité qui va rejoindre la matité dorsale.

A l'auscultation, au sommet, obscurité légère ; à la base, obscurité avec râles lointains à la partie interne.

Au poumon gauche : En arrière, sur toute la hauteur, sonorité normale. Au niveau de la base, surtout à la partie interne, propagation nette des bruits de la base droite. Pas d'adénopathie. Disparition des accidents cutanés spécifiques.

24 MARS 1922. — Le malade a engraisé de 200 grammes depuis l'entrée. Du 1^{er} janvier au 6 mars, le malade a eu huit injections de quino-bismuth. Température, 38°. Toux émétisante.

Au poumon droit : En arrière, à la base, matité avec résistance au doigt, ballottement léger, souffle pleurétique avec quelques râles sous-crépitaux.

24 MAI. — La température a baissé, depuis le 6 avril : 36°5,

le matin ; 37°4, le soir. Engraissement de 1 k. 300. Expectoration minime, Le malade va mieux.

Au poumon droit : En arrière, au niveau des deux tiers supérieurs, sonorité normale ; à la base, submatité. A l'auscultation, en arrière, au niveau des deux tiers supérieurs : respiration obscure. A la base, les foyers de râles ont diminué.

En avant : aux deux tiers supérieurs, respiration normale. A la base, respiration bronchique et obscure.

Au poumon gauche : sonorité et respiration normales dans toute l'étendue, sauf au niveau de la base gauche, où l'on note une respiration bronchique et obscure, avec, peut-être, encore quelques râles secs, ébauchés. La réaction de Wassermann est négative.

31 MAI 1922. — Le malade part chez lui. Il a reçu cinq injections d'huile de foie de morue iodée, avec engraissement de 200 grammes. La température oscille entre 36°9 et 37°6.

Au poumon droit : Il ne persiste plus guère que de l'obscurité respiratoire à la base droite.

Examen radioscopique. — Les deux sommets ont une clarté normale à la toux. A la base droite, obscurité diffuse, voilant un peu, sans la masquer, la ligne diaphragmatique, laquelle est immobile, avec réduction marquée du sinus. De plus, à la partie interne : opacité de forme triangulaire, dont la base est médiastinale et les deux côtés à forme ltnéaire et curviligne, se réunissant en un sommet intra-pulmonaire. Ombres médiastinales bilatérales assez accusées.

Il s'agit ici d'une tuberculose de la base à la vérité discutable si l'on ne veut admettre dans cette catégorie de cas que les formes à début réellement initial au lobe inférieur.

Pendant plusieurs mois, avant que la localisation basale s'avère nettement, le malade présente successivement : de la bronchite droite, une bronchite double aiguë, puis des signes « dits de ramollissement » au

début du sommet droit, que quelques jours après le diagnostic fait à Saint-Mandrier on ne retrouve plus à Saint-Genis, où l'on note alors une pleuro-pneumonie caséifiante de la base droite.

L'examen radioscopique révèle d'ailleurs une clarté normale du sommet droit et l'auscultation des sommets révèle simplement un peu d'obscurité.

Il s'agit d'une pleuropneumonie hémoptoïque, avec léger épanchement de la base et pleurésie médiastinale concomitante révélée à la radioscopie. A noter aussi la coexistence d'un foyer transitoire de pleuro-congestion de la base gauche. Au surplus, il s'agit d'un cas de tuberculose où l'influence de la syphilis contractée un an avant le début de cette dernière peut être invoquée.

CHAPITRE III

Les tuberculoses fibrocaséeuses du lobe inférieur d'après nos observations et celles des auteurs, au point de vue clinique.

Répetons que nous laissons de côté les diverses formes non ulcérées et que nous n'étudierons ici que les formes fibro-caséeuses. Touchant les formes cliniques à distinguer au cours des évolutions fibro-caséeuses des lésions tuberculeuses évoluant au niveau du lobe inférieur, nos observations, de même que celles des auteurs ne nous conduisent guère à distinguer ici que deux formes cliniques.

1° La forme pneumonique ou congestive ;

2° La forme caséeuse commune ;

Disons de suite que ces formes cliniques de la tuberculose basale ne se distinguent que par quelques signes physiques ou fonctionnels, souvent simple nuances stéthoscopiques qu'il est toutefois intéressant de noter.

Après cet exposé, nous dirons quelques mots touchant les difficultés du diagnostic de tuberculose basale.

A. — FORME CLINIQUES ET SYMPTOMATOLOGIÉ DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE FIBRO-CASÉEUSE DE LA BASE.

I. — *Forme pneumonique congestive*

Cette forme paraît en effet la plus fréquente (5 sur 9 observations). Le début nous a paru plus souvent peut-être que pour les localisations apexiennes être relativement assez brusque avec élévation thermique à 38°5, 38°9. La localisation basale à laquelle on ne s'attend pas expose au diagnostic de congestion grip-pale (obs. VI).

Parfois aussi la poussée congestive, avant de s'ulcérer, répète à deux ou trois reprises une poussée de pleuro-congestion, suspecte de tuberculose, au niveau de la base (obs. V).

Au point de vue sthétoscopique, ce qui paraît le plus caractéristique, c'est la présence au grand complet des signes d'une poussée pneumonique, lesquels nous ont paru toujours plus discrets lorsqu'il s'agit d'une localisation apexienne. On note en effet un souffle tubaire souvent accusé devenu souvent rapidement tubo-cavitaire ; dans quelques cas il existe un foyer souvent dense de sous-crépitants mélangés à des craquements, bruits dont le timbre sec, l'intensité ont été très heureusement qualifiés « xyloïdiens » par Sabourin.

Ajoutons que fréquemment adjoints aux signes pulmonaires, existent des signes d'origine pleurale tels que matité, avec résistance au doigt, ballottement de Baud, diminution marquée des vibrations vocales (obs. III). L'examen radioscopique accuse des signes non moins nets, le plus souvent il s'agit d'ombres homogènes allant parfois jusqu'à l'opacité, étendues transversalement de la paroi thoracique au médiastin et occupant d'ailleurs différents points du lobe inférieur.

A noter aussi l'immobilité du diaphragme du côté atteint, avec même réduction du sinus costo-diaphragmatique, sans que, notons-le expressément, il y ait là indication de l'existence d'adhérences, ainsi qu'en porte témoignage les observations de pneumothorax thérapeutique. Signalons la fréquence relative des manifestations bilatérales consistant le plus souvent en poussées pleuropneumoniques d'ailleurs légères et parfois transitoires au niveau de la base opposée.

L'état général peut se maintenir longtemps satisfaisant, l'expectoration sera souvent hémoptoïque ; on note de vrais hémoptysies, plus fréquentes semble-t-il que dans les formes apexiennes.

II. — *Formes fibro caséeuses communes.*

Nous noterons ici tous les signes de ramollissement ou de spéléonque mieux perçus en arrière qu'en avant, la caverne siégeant en général plus près de la paroi postérieure que de la paroi antérieure du thorax.

Dans quelques cas, étant donné la plus grande épais-

seur du champ pulmonaire à la base et les symphyses épaisses de cette région, la caverne restera muette et ne sera révélée que par la radioscopie (obs. VI et VII).

L'examen radioscopique montre de l'immobilité du diaphragme dont les mouvements sont limités du côté atteint, se festonnant volontiers lors de l'inspiration, avec une ombre le plus souvent triangulaire, à base médiastinale et une zone claire dans quelques cas de spélonques. MM. Roubier et Pallace signalent un cas où une petite tache claire de la base à la radio avait été prise pour un angle colique gauche distendu, alors que l'on avait à faire à une caverne. Les symptômes fonctionnels qui n'ont rien de particulier consistent en toux, souvent quinteuse, points de côté au niveau de la base malade, température irrégulière. L'expectoration mucopurulente, plutôt moins abondante que dans les formes apexiennes contient assez rapidement des bacilles de Koch dénotant une ulcération parenchymateuse relativement plus rapide que dans les autres localisations.

En somme l'examen du thorax montre la prédominance des lésions au niveau d'une base, la fréquence de la bilatéralité de ces lésions, l'intégrité relative des régions apexiennes.

Signalons en outre la symptomatologie un peu spéciale de la forme à début ganglionnaire que nous étudions plus à fond dans la critique de l'obs. VIII.

B. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose du lobe inférieur,

du fait même que la localisation à la base n'est pas dans le génie habituel de la bacillose, présente des difficultés plus grandes que dans l'atteinte primitive des sommets.

Non seulement au début, en face d'un sujet présentant des signes fonctionnels d'imprégnation bacillaire, le médecin recherchera moins soigneusement à la base qu'au sommet l'apparition de signes physiques d'une haute valeur, mais encore à une période avancée où les signes du sommet sont à peu près caractéristiques, la découverte de ces signes à la base laissera planer un doute plus grand, voir même orientera le diagnostic vers des affections à localisation basale plus fréquente.

Nous avons suffisamment exposé les symptômes de la tuberculose basale pour ne point être obligés de revenir longuement sur le diagnostic positif. Qu'il nous suffise de rappeler l'importance plus grande encore dans ce cas s'il est possible des constatations qui en s'ajoutant aux signes physiques viennent constituer un solide faisceau de preuves.

Nous voulons parler : des antécédents, des signes fonctionnels et surtout de l'étude attentive et serrée des courbes de température et de poids, de la radioscopie, de l'examen des crachats où la présence des bacilles de Koch apporte une certitude, si l'on peut dire mathématique. Le diagnostic différentiel ne se posera évidemment pas dans les mêmes conditions s'il s'agit de lésions discrètes du début de la période cavitaires à signes physiques nets.

Tout au début il s'agira bien plus d'un diagnostic

positif que d'un diagnostic différentiel, il faudra surtout penser à la tuberculose ; surveiller soigneusement l'évolution de la maladie en s'aidant des signes fonctionnels et de ceux que fournit le laboratoire ; recherche des bacilles faite dès les premiers soupçons, car on a vu dans nos observations comme dans celle des auteurs que l'ulcération est ici relativement précoce.

Lorsque les signes physiques seront apparus, nets, témoignant de l'infiltration ou de l'ulcération du parenchyme pulmonaire et que la lésion typique d'un sommet n'apportera pas son appoint au diagnostic il faudra en l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, éliminer un certain nombre d'affections dont quelques-unes sont de constatation fréquente à cet endroit.

Nous commencerons par la plus importante, à la fois parce que le nombre des cas constatés semble augmenter depuis qu'on y pense systématiquement et parce que ses associations fréquentes avec la tuberculose ne permettent pas de l'éliminer sur la simple constatation de bacilles de Koch dans l'expectation.

Il s'agit de la *syphilis pulmonaire* sous toutes ses formes, depuis celles qui donnent des signes de bronchite chronique avec sclérose pulmonaire, jusqu'à celles s'accompagnant de signes cavitaires nets en passant par les formes aiguës bronchopneumoniques ou pneumoniques rares il est vrai et le syphilome diffus.

En présence de signes de bronchite chronique avec sclérose il faudra soigneusement fouiller les antécédents du malade ; mais la notion d'une syphilis antérieure, la constatation d'une lésion caractéristique, le résultat positif de la réaction de Bordet-Wassermann ne sont point d'une valeur absolue car la tuberculose vient fréquemment compliquer une syphilis pulmonaire ancienne et que, comme l'a montré M. Sergent la tuberculose affectionne le type sclérosant chez les anciens syphilitiques.

L'absence de troubles généraux marqués, de troubles gastro-intestinaux, l'apyrexie (notons cependant que le syphilome diffus s'accompagne de fièvre), la conservation de l'état général, l'évolution plus lente, ont une valeur clinique, quant à l'unilatéralité des signes, circonscrits et localisés à la partie moyenne elle perd toute sa valeur dans le cas particulier que nous envisageons. Les seuls signes dont la valeur est indiscutable sont l'absence de B. K. dans l'expectoration et les résultats d'un traitement spécifique prudemment conduit.

Nous insisterons particulièrement sur la recherche du bacille de Koch, recherche qui devra être en cas douteux répétée plusieurs fois et complétée par l'homogénéisation.

L'absence de bacilles constatée à une période où les signes physiques révèlent une perte de substance nette (craquements et signes cavitaires) a surtout une grande importance.

Le professeur Sergent accorde une grosse valeur diagnostique dans les cas où les stigmates de spéci-

ficité manquent, à la leucoplasie buccale parfois localisée aux commissures.

Le diagnostic est peut-être un peu plus facile dans le cas où les signes cavitaires de la base font discuter la lésion spécifique connue sous le nom de *bronchectasie*.

La longue conservation relative de l'état général suffit souvent déjà à faire hésiter le clinicien. L'absence constante de B. K. dans l'expectoration, la coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires voient leur signification précisée là par la radioscopie qui, comme l'a montré M. Barjon, permet de constater l'absence d'image cavitaire.

L'intensité des signes cliniques contraste avec l'insignifiance des signes radioscopiques, ordinairement représentés par des traînées noirâtres partant du hile.

Mais tout ceci n'élimine pas les cas nombreux où les deux affections syphilis et tuberculose marchent de pair, s'associant et modifiant l'une l'autre leurs caractères évolutifs. Ce n'est pas la bacillose qui est alors en danger d'être omise, mais c'est bien la part que peut prendre la spécificité dans l'évolution d'une tuberculose qu'il faut tâcher de ne pas méconnaître.

Nous éliminerons maintenant plus rapidement les autres affections pulmonaires aiguës ou chroniques pouvant simuler la tuberculose basale, elles sont d'une fréquence clinique sûrement moins grande et d'un intérêt d'actualité moindre que la spécificité.

Les pleurésies tuberculeuses, en général surtout celles à épanchement moyen, peuvent rappeler de très près la tuberculose basale. Mais ici la matité est plus

franche, s'accompagne d'une résistance au doigt marqué, sa limite supérieure est parabolique, les vibrations sont abolies, le souffle, voilé, lointain peut quelquefois manquer ou être remplacé par une obscurité totale ou un souffle à timbre caverneux qui peut être une cause de'rrreur.

La radioscopie et la ponction exploratrice lèvera les derniers doutes.

La *pleurésie interlobaire* est une des localisations liquidienne qui, de par sa situation, pourra le plus facilement être confondue avec une lésion parenchymateuse du lobe inférieur, mais cliniquement nous trouverons à côté des signes communs aux pleurésies une zone postérieure de matité étroite et suspendue à la partie moyenne descendant vers l'aisselle avec une sonorité tympanique au-dessus et au-dessous.

Il est beaucoup plus important de rappeler qu'aux bases plus encore qu'ailleurs, grâce à la plus grande épaisseur du parenchyme pulmonaire, des lésions très avancées, s'accompagnant de signes fonctionnels intenses peuvent ne donner que des signes physiques très discrets comme l'a montré Sabourin et comme le prouve deux de nos observations (6 et 7). C'est alors la radioscopie qui dévoilera le degré des lésions dont les signes fonctionnels et l'expectoration ne permettent pas de méconnaître la nature.

Nous signalerons simplement, pour être complets, les diagnostics avec : la gangrène pulmonaire, l'empyème interlobaire, l'abcès du poumon, le penumothorax, le kyste hydatique, le cancer pulmonaire, l'abcès sous-phrénique, l'infarctus suppuré, voir même un rétrécissement mitral latent.

Une fois posé d'une manière absolue le diagnostic de tuberculose fibro-caséreuse de la base, il est intéressant au point de vue pronostic et traitement de savoir à quelle forme clinique se rattache la lésion étudiée, à quel degré en est cette lésion, quelle est sa valeur évolutive, surtout savoir s'il y a ulcération parenchymateuse.

La forme fibrocaséreuse congestive se rencontrera surtout chez les adolescents et les jeunes gens; on notera une matité de la base avec fréquemment de l'augmentation des vibrations, un souffle précoce souvent intense quelquefois rappelant un souffle pleurétique, des sous-crépitaux gros, humides, éclatants, du retentissement de la voix avec, si la forme se rapproche de la spléno-pneumonie, de fines crépitations fugitives à l'occasion de la toux. La caractéristique essentielle de tous ces signes est leur persistance.

La forme fibro-caséreuse corticale post-pleurétique de Bard permettra aux malades de conserver longtemps leur embonpoint : « l'uniformité des râles sur une grande hauteur, leur superficialité, la conservation d'une amplitude presque normale du murmure vésiculaire, la constatation des signes de symphyse pleurale, l'intégrité plus ou moins parfaite du côté opposé, sont les caractères propres qui permettent de faire le diagnostic de la forme que j'indique. » (Bard.)

Dans la phtisie cavitaire ulcéreuse localisée on trouvera des signes cavitaires assez intenses moins humides que ceux d'une caverne récente de la forme commune et moins amphoriques que ceux de la phtisie cavitaire stationnaire qui nous donnera des

signes cavitaires secs avec un bruit très net de pot fêlé.

A propos du diagnostic de la lésion nous insistons surtout sur le diagnostic souvent difficile de la caverne qui se présentera sans aucun signe sthétacoustique et sera dévoilée ultérieurement par la radio, et, sur les faux signes cavitaires ou signes cavitaires sans cavernes bien étudiés par Sabourin.

Ces faux signes cavitaires seront : les râles sous-jacents à une plaque pleuro-pulmonaire congestive pouvant prendre un timbre caverneux. Les syndromes cavitaires de la base entretenus par le surmenage chez un bacillaire présentant à la base des lésions banales, présentant après un long surmenage et à cause de la congestion de son poumon des signes cavitaires disparaissant très vite par la cure de repos.

Les bruits caverneux, passagers, donnés par un bloc d'infarctus constituant une pneumonie tuberculeuse et exagérant un râle passager sous-jacents.

Enfin les souffles pseudocavitaires de certaines pleurésies enkystées et le pseudocavernisme œsophagien, exagération du bruit œsophagien par une lésion dense en contact avec l'œsophage.

C. — PRONOSTIC.

Comme dans toute tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse le pronostic de nos lésions basales sera fonction de la résistance du malade, de l'intégrité du reste du champ pulmonaire et du traitement suivi.

Horand, dans sa thèse, insistait sur le pronostic favorable des lésions tuberculeuses basales, mais il tirait ses conclusions de l'étude spécialisée des lésions tuberculeuses non arrivées au stade fibro-caséux qui nous occupe.

Nous trouverons, au contraire, dans l'étude de MM. Burnand et Técon des raisons d'être pessimistes lorsque nous envisagerons l'avenir réservé aux tuberculeux cavitaires de la base. Voici l'opinion des auteurs suisses, approuvés d'ailleurs peu après par MM. Roubier et Pallasse et par M. Sallier.

Pour eux les cavernes basales jouissent d'un incurabilité relative : 1° parce qu'elles se drainent mal ; 2° parce que leur situation empêche presque complètement leur rétraction et leur affaissement.

Elles se drainent mal, en effet les tuberculeux caverneux du sommet crachent le matin abondamment et vident leurs cavernes avec aisance, alors que les caverneux de la base expectorent toute la journée par quintes des crachats épais comme s'ils vidaient par regorgement le trop plein de leurs sécrétions.

Cette insuffisance chronique de l'expectoration rend celles-ci assimilables aux tuberculoses cavitaires fermées, tuberculoses en vase clos de M. Follet qui deviennent des formes d'une gravité exceptionnelle. D'autre part, on voit des cavernes guérir sans parvenir à l'oblitération complète (Cruveiller-Laennec), mais leur affaissement et l'accollement de leur paroi, déterminant dans certain cas de caverne sous-claviculaire une rétraction marquée de l'hémothorax correspondant, favorise certainement cette réparation.

MM. Burnand et Tecon croient même que la précocité de cet aplatissement est un indice de pronostic favorable même dans les cas non cavitaires où il paraît témoigner d'une activité rapide des processus sclérosants.

Or, cette rétraction pariétale est à la fois plus aisée et plus efficace dans les parties hautes que dans les parties basses de la cage thoracique où les diamètres sont plus vastes, les arcs costaux plus rigides et plus épais.

Enfin, le voisinage du diaphragme animé de mouvements continus joue peut-être un certain rôle dans la lenteur de la cicatrisation des tuberculoses basillaires.

A l'appui de leur théorie ils donnent de nombreuses observations de malades, cavitaires de la base, suivis très longuement et chez lesquels les lésions cavitaires basales ont pris un caractère chronique où ont amenés une terminaison fatale et quelques cas de malades atteints de cavernes apexiennes et basillaires chez lesquels la lésion apexienne s'est asséchée rapidement alors que la lésion basale tendait à la chronicité.

Pour M. Jacquerod ce qui fait à la fois l'incurabilité relative des cavernes de la base et la longue survie qu'elles peuvent permettre c'est que ces cavités prennent souvent la forme de bronchectasie, leur coque scléreuse épaisse et résistante s'oppose d'une part à leur rétraction, d'autre part à l'absorption des produits sécrétés.

M. Exchaquet considère les cavernes de la base

comme ayant un pronostic fatal. Il conteste que les parties inférieures de la cage thoracique soient incapables de rétraction et cite les cas fréquents de scoliose par affaissement d'un hémithorax à la suite d'anciennes pleurésies.

D'après nos observations il nous semble que le pronostic ne soit pas aussi sombre que l'ont fait les auteurs suisses qui, il est vrai, n'avaient en vue que les cavernes basales et nous dirons avec M. Horand que la lésion fibrocaséuse basale est bénigne tant qu'elle reste localisée à la base, l'élément de malignité étant l'extension apexienne.

D. — TRAITEMENT.

Nous n'insisterons pas sur le traitement général qui sera le même que celui de toutes les tuberculoses pulmonaires fibro-caséuses comprenant surtout la cure d'air, de repos, d'alimentation saine et suffisante. Au stade caverneux nous signalerons la cure de déclivité conseillée par MM. Tucker Wise et Pollard et après eux par MM. Burnand et Tecon.

Cette cure de déclivité en décubitus ventral, tête déclive de trois quarts d'heure à une heure par jour, permettra à la geode de se vider plus facilement sous l'influence des lois de la pesanteur.

Signalons aussi les tentatives médicamenteuses de Jacqueroed qui injectait dans la trachée des substances antiseptiques (huile eucalyptolée ou gomenolée).

Dans le cas de tuberculose unilatérale et d'absence

de grosses adhérences pleurales on pourra faire un pneumothorax artificiel qui a pour but de mettre l'organe au repos fonctionnel par le collapsus pulmonaire, de supprimer la résorption des toxines en réduisant les circulations au niveau de l'organe malade et d'assécher les cavernes infectées souvent secondairement.

Lorsque la plèvre n'est pas libre le seul moyen de favoriser le collapsus pulmonaire sera la rétraction de l'organe surtout marqué autour des lésions caverneuses, cette rétraction sera toujours limitée par la cage thoracique et pour lutter contre la rigidité de la paroi, lever l'obstacle à l'affaissement, la thoracoplastie est indiquée. M. Madinier, dans sa thèse sur la thoracoplastie extra pleurale (Lyon 1922), nous dit après Landerer que cette opération est très indiquée dans les lésions localisées à la base et son observation X nous montre un malade porteur de lésions ulcéreuses de la base considérablement améliorées par la résection des X^e, IX^e, VIII^e, VII^e et VI^e cotes sur une longueur respective de 10, 8, 7, 8 et 11 centimètres

Enfin, dans certains cas de vastes spélonques pleines de pus, on pourra recourir à la pneumotomie, procédé qui consiste après résection des cotes à ouvrir la caverne pour en évacuer le pus à l'extérieur.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique, étiologie et pathogénie des tuberculoses pulmonaires du lobe inférieur.

A. — *Anatomie Pathologique.*

Les caractères anatomopathologiques des lésions basales fibro-caséuses varieront avec leur pathogénie et ressembleront à toutes les lésions pulmonaires, depuis les grandes ulcérations résultant de la fonte d'une pneumonie caséuse jusqu'à l'aspect fromage de Roquefort avec petites géodes caséifiées des processus plus lents.

Nos observations ne nous permettent pas d'apporter ici des données précises sur l'anatomie pathologiques des tuberculoses fibro-caséuses du lobe inférieur. La seule autopsie pratiquée par nous a trait à une forme de pleuro-congestion transitoire de la base rapidement terminée par une méningite tuberculeuse et les constatations nécropsiques n'ont montrées qu'une pousse de granulations tuberculeuses dissé-

minées dans toute l'étendue du lobe inférieur avec nombreuses adhérences sur toute la hauteur du poumon.

Force nous est donc de nous adresser aux observations des auteurs.

Les lésions siègent aussi souvent à gauche qu'à droite, le plus souvent en plein centre du lobe inférieur ou à l'apex, sommet de Fowler.

D'après MM. Roubier et Pallasse la lésion est en général unilatérale et souvent il existe des lésions très prononcées des sommets, s'il existe une lésion au sommet elle est du même côté que la lésion basale.

Nous notons dans nos observations une bilatéralité clinique presque constante, mais il faut remarquer que la base opposée est souvent très légèrement atteinte, lésions qui nous ont paru être, d'après le simple examen clinique des lésions le plus souvent de pleurite avec petit foyer de pneumonie corticale sous-jacent.

Le docteur Roubier a propos de « la tuberculose pulmonaire unilatérale chez l'adulte » parlant de la tuberculose pulmonaire d'origine hilaire cite l'opinion de Straub et Otten et Bauer qui pensent que contrairement à la tuberculose à début apical qui est bilatérale, la tuberculose à début hilaire est unilatérale.

Mais M. Roubier, malgré un grand nombre de constatations personnelles qui appuieraient cette opinion, constatations faites surtout en autopsiant des Sénégalais chez qui les adénopathies caséuses médias-

tinales étaient fréquentes, ne pense pas que cette unilatéralité soit un caractère propre aux tuberculoses basales.

B. — *Étiologie.*

Les données étiologiques dignes d'être signalées sont minimales. Pour Jaccoud la tuberculose fibro-caséuse du lobe inférieur n'existe que dans les cas de phtisies professionnelles et de phtisie post-pleurétique. Dans le premier cas, il indique le rôle des poussières minérales et végétales, facteur que nous abandonnons complètement, quant aux phtisies post-pleurétiques nous les étudierons plus loin.

L'âge paraît exercer une influence réelle et après les nombreux travaux que nous citons dans le chapitre consacré à l'histoire de la question il est nettement prouvé que chez l'enfant le siège des lésions fibro-caséuses est très variable et que le début basal ou tout au moins la localisation au lobe inférieur est la règle, l'envahissement du sommet étant presque toujours secondaire.

C. — *Pathogénie.*

Dans ce chapitre nous nous essaierons à fixer la pathogénie, ou tout au moins à exposer les théories expliquant la localisation des lésions fibro-caséuses au lobe inférieur suivant que nous aurons à faire :

a) des lésions fibro-caséuses de la base consécutives à des processus pneumoniques aigus ou sub-aigus ;

b) des lésions consécutives à des processus pleuraux ;

c) des lésions de tuberculose fibro-caséreuse commune ;

d) des lésions consécutives à des processus ganglionnaires.

a) *Tuberculose fibro-caséreuse du lobe inférieur consécutive à une phtisie aiguë ou subaiguë*

Comme le disent très bien MM. Roubier et Pallasse, si la loi de Louis est vraie dans la majorité des cas de phtisie banale elle est en défaut dans les formes aiguës de la tuberculose. Dans ces dernières lorsque le processus aboutit à la caséification la lésion pourra siéger en un point quelconque du poumon.

Nous avons vu dans notre premier chapitre que si la pneumonie caséreuse amène le plus souvent la mort, elle peut aussi se ramollir et s'évacuant par les bronches laisser une vaste caverne à parois irrégulières et anfractueuses qui pourra siéger aussi bien et même plus souvent à la base qu'au sommet. Une observation typique de MM. Roubier et Pallasse, au milieu de nombreux autres cas publiés par les auteurs, surtout à propos de cavernes chez les nourrissons, nous en apporte la preuve et la constatation nécropsique. Ils ont trouvé à l'autopsie un lobe inférieur droit infiltré en masse de l'aspect classique « fromage de Roquefort » et creusé en son centre d'une vaste caverne anfractueuse.

Nous trouverons dans la thèse de Braun plusieurs exemples de pneumonie tuberculeuse curable de la

base évoluant vers la caséification qui siègera aussi bien au lobe inférieur qu'au lobe supérieur suivant la situation du foyer pneumonique.

Le ramollissement de lésions de broncho-pneumonie fréquentes à la base chez les nourrissons comme nous l'avons expliqués dans le premier chapitre sera susceptible de nous donner des lésions caséifiantes basales dont nous trouverons de nombreux exemples dans la littérature médicale infantile.

Il en sera de même pour l'évolution de toutes les poussées pneumoniques aiguës qui n'ont pas de localisation électives que l'on trouve en clinique à un point quelconque du champ pulmonaire.

b) *Lésions consécutives à une bacillose pleurale*

Pour Jaccoud la production d'adhérences qui succèdent à une pleurésie, amenant des troubles circulatoires et respiratoires à la base était une explication toute simple à la localisation en ce point de lésions bacillaires pulmonaires. Nous répondrons à cette explication un peu simpliste qu'un très grand nombre de pleurésies se terminent par des adhérences, et, on ne voit pas pourquoi la tuberculose est si rarement observée à la base et si fréquemment au sommet chez les anciens pleurétiques.

Gaston Barbier, dans sa thèse sur les symphises pleurales (Lyon, 1919), consacre un de ses chapitres à la tuberculose pulmonaire par contre-coup pleural et affirme que la symphise pleurale n'est pas une cicatrice mais une lésion tuberculeuse qui, même dans les formes les plus latentes, contient des foyers ba-

cillaires en pleine évolution dont la présence crée un danger constant pour tout l'organisme et que le poumon, plus que tout autre organe, par sa proximité, court des risques de contamination ».

Il montre plusieurs observations à début probablement pulmonaire, mais chez lesquelles le chancre d'évolution a cessé d'évoluer, la lésion pulmonaire est éteinte et depuis longtemps la tuberculose évolue sous le couvert pleural, lorsque brusquement sous l'influence d'un coup de fouet impossible à prévoir la nature tuberculeuse de cette lésion se réveille et rapidement se trouve constitué une tuberculose pulmonaire pleurogène (Pneumonie pleurogène tuberculeuse de Bard) d'abord caséeuse, bientôt ulcéreuse.

Nous croyons avec MM. Roubier et Pallasse qu'il est plus rationnel d'admettre que dans les cas que nous envisageons la tuberculose de la base n'est post-pleurétique qu'en apparence et que la pleurésie est symptomatique d'une lésion sous-jacente déjà constituée.

Dans les cas de tuberculose post-pleurétique du sommet les signes physiques peuvent être perçus alors que le liquide n'est pas résorbé ; dans celles de la base, au contraire, l'épanchement gêne la perception des lésions pulmonaires qui ne pourront être reconnues avant la disparition du liquide. Dans cette hypothèse la pleurésie cliniquement primitive est en réalité secondaire à un foyer tuberculeux de la base : celui-ci évolue progressivement et peut être plus rapidement lorsque l'épanchement a disparu.

En somme, les deux lésions seraient contemporaines le plus souvent, cette opinion qui s'oppose à la conception ancienne de la pleurésie phtisogène, s'accorde mieux avec les notions actuelles sur les pleurésies, ces dernières étant souvent symptomatiques ou associées à des lésions pulmonaires tuberculeuses.

c) *Les lésions basales de tuberculose fibro-caséreuse commune*

Dans les formes étudiées jusqu'ici il paraissait assez naturel que les lésions ulcéreuses post-pneumonique ou post-pleurétiques se localisent aux bases; arrivant à l'étude de la phtisie fibro-caséreuse commune localisée au lobe inférieur, nous nous demandons de suite pourquoi, dans certains cas, cette tuberculose n'obéissant pas à la loi de Louis qui est pratiquement vraie, se localise au lobe inférieur.

Nous avons dans nos observations et dans celles publiées par MM. Roubier, Pallasse et Sallier plusieurs exemples de localisations basales dans lesquelles il n'y a vraisemblablement pas de pneumonie caséreuse, splenopneumonie ou pleurésie antérieure et où nous ne trouvons aucune lésion ou presque dans la zone que Louis et la pratique médicale ont assignés à la tuberculose fibro-caséreuse débutante.

Pour MM. Burnand et Técon il s'agirait dans ce cas de lésions à début apexien, à marche descendante, dont les parties hautes auraient évoluées vers la guérison alors que les parties basses se seraient caséifiées.

Horand pose la question sans la résoudre. « Puisque, dit-il, malgré les nombreuses hypothèses avancées par les auteurs pour expliquer la localisation initiale des lésions aux sommets des poumons dans l'immense majorité des cas, il ne semble pas que l'on ait la solution satisfaisante. Nous ne chercherons pas à expliquer pourquoi dans d'autres cas beaucoup plus rares cette localisation se fait au contraire à la base ».

Fernet, lui, invoque la gêne de la circulation lymphatique et la compression du pneumogastrique créée par une adénopathie trachéo-bronchique.

Pour Calmette, la localisation apexienne serait due à la disposition des vaisseaux lymphatiques permettant aux sommets une station prolongée de la lymphe. Il rappelle les expériences de Baemeister qui fixant sur de jeunes lapins une bague métallique au niveau des premières côtes voyait les lésions bacillaires se localiser dans le sillon formé par la bague lorsque l'on injectait dans les veines une émulsion bacillaire.

Pour beaucoup d'auteurs modernes (Ribadeau, Du-mas, Rist, Bertier, Sergent) la tuberculose pulmonaire basale de l'adulte n'est que le réveil d'un foyer qui s'est créé pendant l'enfance au niveau de la base.

La tuberculose pulmonaire débute dans l'immense majorité des cas, 90 %, par un tubercule d'inoculation intrapulmonaire, le chancre d'inoculation (auquel répond l'adénopathie médiastine, tuberculose ganglio-pulmonaire de Rilliet et Barbbez) contrairement à ce qui se passe chez l'adulte le module initial se rencontre chez l'enfant non pas en un point bien localisé, le sommet, mais n'importe où avec une prédilection au niveau du lobe inférieur.

Ce nodule initial, lorsqu'il n'évolue pas, c'est souvent le cas, se rétracte, se calcifie, et ce seraient ces nodules sclérosés ayant cessé d'évoluer que ces auteurs disent retrouver fréquemment (dans les deux tiers des cas), *anatomiquement* dans les autopsies minutieusement faites, sous forme de reliquats cicatriciels des bases, *radiologiquement* sous l'apparence de taches sombres, de forme et d'étendue variables, ombres que ces auteurs (Ribadeau-Dumas et Perrochon) ont trouvés 65 fois %, examens de sujets sains ou atteints d'affections diverses non tuberculeuses et dont la répartition répondrait à la topographie des tubercules d'inoculation infantile telle qu'ils ont pu par des recherches anatomiques l'établir.

La réactivation de la lésion de Küss paraît prouvée dans certains cas par quelques autopsies faites par ces auteurs. Ils ont trouvés un nodule initial d'un aspect un peu particulier : « La substance caséeuse se ramollit, devient même puriforme, s'il y a caverne celle-ci se recouvre de pus, le contour du tubercule est irrégulier, crénelé. A la périphérie on observe un semis de granulations isolées ou adhérentes à la masse principale et qui tantôt sont blanches, sèches et tantôt fines, légèrement jaunes et entourées d'une auréole congestive. Très souvent l'ensemble est plongé dans un parenchyme hyperémié, congestif.

« Histologiquement les signes de cette réactivation sont assez nets : la zone fibroblastique périnodulaire est interrompue de place en place par des masses caséeuses nouvelles, bourgeonnantes, qui s'étirent du noyau principal comme des pseudopodes. Parmi les

granulations périnodulaires, les unes sont anciennes, fibreuses ou fibrocaséeuses, les autres récentes se constituent aux dépens d'une alvéolite nécrotique ».

Les secousses de toux, dit Rist, suffiraient à projeter vers le sommet les productions pathologiques, et il tire cette explication de ce fait que les sommets s'éclairent sous l'écran à la toux, distendus qu'ils sont par la poussée aérique.

Expliquer la localisation basale de la tuberculose chez l'adulte par le réveil d'un foyer basal infantile ne ferait que reculer la question. Aussi Sargent explique-t-il cette prédilection pour les bases du chancre d'inoculation par le calibre et la direction des bronches et surtout par la suractivité fonctionnelle à cet âge et la moindre valeur respiratoire des sommets.

D. — *Lésions consécutives à un processus ganglionnaire.*

Notre dernière observation nous montre le cas d'un malade chez lequel la tuberculose a adopté un début ganglionnaire et où il semble bien que la première atteinte bacillaire n'ait pas porté sur le poumon, mais bien sur les ganglions carotidiens et hilaires du malade. Et cette observation nous amène à discuter un point de pathogénie tuberculeuse intéressante.

L'opinion classique à la suite des travaux de Parrot, Hervouet, Hutinel, Ribadeau-Dumas, veut que l'adénopathie trachéo-bronchique soit toujours se-

conduire à une lésion pulmonaire, c'est l'adénopathie similaire de Parrot.

Pour parler un langage plus moderne il se produit un chancre d'inoculation pulmonaire infectant les lymphatiques puis les ganglions, au niveau de ceux-ci l'infection tuberculeuse peut évoluer pour son propre compte ou être réactivée par des réinfections, c'est sans doute l'évolution la plus habituelle mais ce n'est pas la seule. Pour MM. Méry et Girard, il existe de nombreuses exceptions à la loi de Parrot.

Calmette a montré que l'infection des ganglions pulmonaires peut avoir son origine dans une porte d'entrée intestinale, mésentérique ou amygdalienne, avec Gryseze il a reproduit par l'infection expérimentale de la conjonctive une adénopathie trachéo-bronchique sans lésion pulmonaire préalable.

Plus récemment, MM. Méry et Girard ont publié plusieurs observations avec autopsie prouvant l'existence de ces exceptions à la loi de Parrot dans un cas particulier d'enfant de 21 mois (Observation XI. Revue *La Tuberculose*, 1920, n° 5, page 301) atteinte de bacillémie caractérisée par des gommes et des abcès tuberculeux multiples les auteurs virent « naître sous leurs yeux, en l'absence de toute lésion pulmonaire nettement constatable une grosse adénopathie médiastine antérieure, solitaire ».

L'autopsie donne à l'examen histologique : l'absence du chancre d'inoculation et la grosse adénopathie apparue en pleine bacillémie est d'après eux une lésion de même ordre que les gommes ou abcès cutanés et les auteurs sont tentés d'admettre l'origine bacillémique de cette adénopathie.

MM. Broquet et Morenas étudiant la tuberculose pleuro-pulmonaire chez les Noirs concluent après de nombreuses observations à la similitude frappante entre la tuberculose chez ces peuples primitifs et la tuberculose infantile. « Chez les Sénégalais non acclimatés nous assistons en somme à la genèse et à la première évolution de la tuberculose pulmonaire de l'homme ». Leurs constatations nous intéressent au point de vue pathogénique et par ce fait que nous pouvons rapprocher notre observation n° 8 de toutes leurs observations de tuberculose ulcéro-caséuse.

« Au point de vue anatomopathologique mieux encore qu'en clinique nous avons été frappés comme nos prédécesseurs de la ressemblance des lésions chez nos Sénégalais avec celles de la tuberculose des jeunes enfants. Le parallèle est surtout aisé à établir entre l'extension de l'adénopathie hilare et la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile telle que l'a décrite Mouriquand. Autour de la tumeur adénopathique ce sont les mêmes signes de réaction broncho-pneumonique à allure subaiguë. De même que chez l'enfant chez les Sénégalais les premières lésions pulmonaires peuvent être des lésions de réaction non spécifiées, de simples inflammations de voisinage. Le poumon se tuberculiserait ensuite soit par contiguité (les ganglions ramollis pouvant s'ulcérer et déverser leur contenu dans les bronches) soit par voie sanguine).

Ce mode de début des lésions pulmonaires pose le problème du point d'inoculation initial de la tuberculose.

Quelques constatations anatomocliniques nous permettent de mettre en doute dans certains cas la loi de Parot assignant toujours un siège pulmonaire au chancre initial. Sur le vivant nous avons vu l'adénopathie sus-claviculaire être le premier signe de l'atteinte tuberculeuse et parfois le ganglion sus-claviculaire existait alors que la radioscopie ne montrait encore aucune adénopathie médiastinale ou hilare. Ce « ganglion est l'aboutissant de nombreux lymphatiques afférents, mais parmi eux il ne faudrait pas oublier les lymphatiques laryngés » et les auteurs signalent des signes extrêmement précoces de laryngites chez leurs malades et ont trouvés dans deux autopsies des ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte, du larynx, des sinus piriformes sans que les malades aient accusés de symptômes particuliers de ce côté. Ils concluent :

« En admettant pour une partie des cas la possibilité de l'inoculation laryngée nous ne prétendons pas apporter des arguments de certitudes. »

Constatant 9 fois sur 13 des lésions tuberculeuses de la rate, fréquemment signalées chez les enfants et chez eux seulement ils rappellent l'opinion de Dumas qui pensait que ces lésions traduisaient le passage de la tuberculose des territoires lymphatiques dans le territoire sanguin.

Sans affirmer formellement cette pathogénie ganglionnaire, ce qui nécessiterait d'autres recherches n'ayant pas place ici, nous pouvons conclure que dans certains cas la tuberculose du lobe inférieur peut avoir un début ganglionnaire hilare. Deux questions se posent en conclusion :

1° La lésion initiale est-elle primitivement pulmonaire ou ganglionnaire :

Sans vouloir rejeter la notion du chancre d'inoculation nous croyons qu'elle représente non pas la porte d'entrée unique de la tuberculose pulmonaire, mais l'une seulement.

2° Dans les cas qui nous paraissent les plus fréquents de localisation ganglionnaire initiale, comment se fait la propagation ?

a) par voie sanguine (grosse rate de Broquet et Dumas) ;

b) par contiguité, soit : 1° par l'ouverture d'un abcès ganglionnaire dans une bronche ; 2° pour Mery et Girard, par voie lymphatique rétrograde à partir du ganglion.

Si l'essaimage rétrograde peut à la rigueur se soutenir lorsqu'il s'agit de lésions juxta-médiastinales et juxta-hilaires, avec lésions discrètes n'intéressant pas le parenchyme pulmonaire comme dans l'observation de Mery et Girard, citée plus haut, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit des lésions parenchymateuses accusées que l'on observe au cours des tuberculoses basillaires dont nous rapportons l'histoire. Dans ces cas, seule l'origine artérielle qui est la règle ainsi que l'a montré M. Tripier dans l'histogénèse de toute lésion parenchymateuse tuberculeuse peut être légitimement soutenue.

En résumé nous pensons que les adénopathies trachéo-bronchiques ou médiastinales représentent

l'étape obligatoire par laquelle passent toutes les primo-infections tuberculeuses caractéristiques des différents organes. Le chancre d'inoculation peut exister ou non au niveau des portes d'entrée diverses que nous connaissons bien à l'heure actuelle (poumon, larynx, intestin, peau, etc.), tandis que l'adénopathie non pas bronchique ni pulmonaire, mais trachéo-bronchique, est la règle dans toute invasion tuberculeuse. Il faut admettre ensuite que du réservoir ganglionnaire médiastinal les bacilles essaient dans l'organisme uniquement par voie sanguine suivant la doctrine de Tripier. C'est ainsi que sur le terrain de la tuberculose basale à localisation primitive nous serons tentés de penser que le réveil du chancre d'inoculation doit jouer un rôle très restreint, sinon nul, mais que ici comme au niveau du sommet c'est la propagation artérielle depuis l'adénopathie médiastinale qui est la cause de l'éclosion de lésions pneumoniques ou fibro-caséuses observées.

Pourquoi cette localisation d'origine artérielle a-t-elle lieu dans certain cas au niveau du lobe inférieur plutôt qu'au sommet ? Les raisons n'apparaissent pas encore.

Toutefois chez l'enfant et exceptionnellement chez l'adulte nous ne croyons pas qu'il faille rejeter la possibilité des lésions parenchymateuses pulmonaires d'ailleurs discrètes par propagande.

Notre observation VIII qui répond assez bien aux belles observations de MM. Méry et Girard montrent dans quelle mesure restreinte l'essaimagne tuberculeux rétrograde à partir du ggl. est capable d'in-

tervenir. Mais il s'agit là, en réalité, du stade lymphatique de l'invasion, lequel précède obligatoirement l'étape artérielle.

C'est à cette époque relativement précoce de l'évolution de la tuberculose dans l'organisme que l'on note en effet: Adénopathie trachéo-bronchique (enfants et peuples primitifs), pleurésie concomittante ou d'âge voisin avec souvent ces petites lésions ganglionnaires sous-pleurales (qui peuvent elles aussi susciter une réaction alvéol. bénigne de dommage) bien décrite par Tripier et Bériel et à nouveau plus récemment par M. Letulle.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse peut, dans certains cas, moins rares que ne le laisserait supposer la littérature médicale se localiser primitivement au lobe inférieur.

II. — La tuberculose pulmonaire dans ses localisations cliniquement primitives au lobe inférieur peut réaliser une série de formes cliniques à prédominance congestive et de formes cliniques ulcérées répondant en particulier, d'après nos observations, à la forme pneumonique ainsi qu'à la forme fibro-caséeuse commune.

III. — Au point de vue séméiologique la forme congestive donne des signes stéthoscopiques et radioscopiques particulièrement accusés alors que les signes fonctionnels et généraux sont relativement atténués; la forme fibro-caséeuse commune se caractérisant, elle, par la précocité des signes d'ulcération parenchymateuse (apparition rapide de bacilles de Koch) et la faible intensité des signes physiques (cavernes muettes).

IV. — Le diagnostic des formes fibro-caséeuses devra principalement être fait à l'aide de la recherche du bacille de Koch dont la présence permettra tout à la fois le diagnostic différentiel avec la syphilis et avec les formes de tuberculose basale non ulcérées.

V. — La pathogénie des formes basales ne peut encore, à l'heure actuelle, être précisée, d'une part en effet il ne semble pas que la preuve de la réactivation du chancre pulmonaire initial soit suffisamment établie à l'heure actuelle et, d'autre part, il semble bien qu'ici encore comme pour toutes les localisations de l'infection tuberculeuse pulmonaire il faille bien invoquer l'origine artérielle initiale des lésions (R. Tripier).

VI. — Le pronostic global des formes basales paraît assez difficile à formuler. D'après nos observations cependant il apparaît bien que la forme congestive ou pneumonique participe d'une certaine bénignité d'évolution par rapport à sa localisation apicale alors que la forme fibro-caséeuse présente au contraire une évolution plus rapidement ulcéreuse que dans sa localisation habituelle au lobe supérieur.

VII. — Les formes fibro-caséeuses de la base sont particulièrement justiciable du pneumothorax thérapeutique, l'impossibilité de sa réalisation posera la question d'une thoracoplastie. Dans le traitement

symptomatique des lésions cavitaires il pourra être utile de recourir comme procédé de drainage à la cure de déclivité.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROQUE.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 Avril 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

AVIRAGNET. — *Thèse*, Paris, 1892.

BERNARD (Léon). — Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires. (*Journal Médical Français*, 15 août 1913.)

BERNARD et BARON. — Un cas de guérison de tuberculose pulmonaire basale, par le pneumothorax artificiel. (*Bulletin de la Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris*, 5 mars 1920.)

BERNARD. — Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse — chez l'adulte. (*Paris Médical*, 1914.)

BEZANÇON. — Les cavernes tuberculeuses de la base. (*Paris Médical*, 1913, p. 211.)

BEZANÇON et DE JONG. — La congestion pulmonaire, étude historique et révision nosographique. (*Annales de Médecine*, mars 1922.)

BEZANÇON. — La tuberculose ganglionnaire latente chez l'adulte. (*Progrès Médical*, 1912.)

BARD. — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

— Les formes cliniques de la pleurésie aiguë tuberculeuse. (*Semaine Médicale*, 11 juin 1902.)

BARBIER. — Les Symphises de la base. (*Thèse*, Lyon, 1919.)

BARJON et LONGUY. — Etude de radiologie clinique des bases chez les tuberculeux. (*Journal de Radiologie*, tome III, n° 8.)

BERGERET. — La pleurite tuberculeuse des bases. (*Thèse*, Lyon, 1919-1920.)

BRAUN. — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux.

- BURNAUD. — Pronostic et évolution de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1921.)
- BURNAUD et TECON. — Le pronostic des tuberculoses cavitaires à la base. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 20 juin 1910.)
- BERTIER. — La Tuberculose. (*In Traité Sergent*.)
- BROQUET et MORÉNAS. — De la tuberculose pleuro-pulmonaire des Noirs.
- CHALIER. — Tuberculose greffée sur un ancien foyer de broncho-pneumonie. (*Lyon Médical*, 1910.)
- CALMETTE. — Tuberculose et infection tuberculeuse.
- COITON. — Les cavernes pulmonaires muettes. (*Thèse*, Lyon, 1923.)
- CLIDE-RIVIÈRE. — The early diagnosis of tubercle, Londres, 1919.
- CERENVILLE. — Etudes sur la tuberculose, 1915.
- DUPRÉ. — Considération générale sur les fluxions de poitrine d'origine catarrhale. (*Montpellier Médical*, 1894.)
- DUMAS. — Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à forme rapide. (*Lyon Médical*, avril 1919.)
- EXCHAQUET. — *Société de Médecine de Leysin*, séance du 28 avril 1910.
- FIÉVEZ. — La marche de l'infection tuberculeuse et sa localisation au sommet. (*Gazette des Hôpitaux*, 24 février 1920.)
- FOWLER. — Localisation des lésions de la phtisie. (Trad. Tusseau, 1889.)
- GRISOLLE. — Traité de la pneumonie.
- GRASSET. — Fluxion de poitrine d'origine catarrhale. (*Montpellier Médical*, 1874.)
- HORAND. — Les formes basales de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Lyon, 1910.)
- HANSHALKER. — Considérations su 94 cas de tuberculose infantile, avec antopsie. (*Archives de Médecine des enfants*, 1898.)
- JACQUEROD. — *Société de Médecine de Leysin*. (Séance du 28 avril 1910.)
- LHOMME. — Cavernes tuberculeuses du nourrisson. (*Thèse*, Paris, 1905-1906.)

LETULLE. — La tuberculose pleuro-pulmonaire.

— Les géodes de liquéfaction dans la broncho-pneumonie tuberculeuse. (*Revue de la Tuberculose*, 1922.)

LENOBLE. — Pleuro-pneumonie nécrosante de Sabourin, avec autopsie. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 décembre 1911.)

MAIRESSE. — Cavernes tuberculeuses dans le premier âge. (*Thèse*, Paris, 1903-1904.)

MOURIQUAND et GRAVIER. — Cavernes tuberculeuses de la base. (*Lyon Médical*, 1919.)

MOSNY et MALLOISEL. — La spléno-pneumonie. (*Revue de Médecine*, 1909.)

MIGNOT. — Syphilis et Tuberculose. (*Thèse*, Lyon, 1922-1923.)

MÉRY et GIRAUD. — Les formes actives des adénopathies tuberculeuses du hile chez l'enfant. (*Revue de la Tuberculose*, octobre 1920.)

MADINIER. — La thoracoplastie extra-pleurale. (*Thèse*, Lyon, 1922-1923.)

PIÉRY. — La tuberculose pulmonaire, 1910.

— Les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire. (*Presse Médicale*, 24 février 1919.)

PALLASSE et ROUBIER. — Les cavernes tuberculeuses de la base du poumon. (*Revue de la Tuberculose*, 1913.)

— Des tuberculoses cavitaires de la base post-pleurétiques. (*Province Médicale*, 7 février 1917.)

PAILLARD. — Le diaphragme des tuberculeux. (*Journal Médical Français*, 1920, p. 435.)

PISSAVY. — Les formes cliniques de la tuberculose.

ROUBIER. — La tuberculose pulmonaire unilatérale chez l'adulte. (*Journal de Médecine de Lyon*, janvier 1923.)

ROUBIER et BERTOIN. — Tuberculose cavitaire de la base à forme cachectisante chez un vieillard. (*Lyon Médical*, 1919.)

ROUBIER. — Quelques considérations cliniques sur la tuberculose chez les troupes noires. (*Paris Médical*, 13 septembre 1919.)

RIBADEAU-DUMAS. — Tuberculose cavitaire du premier âge. (*Bull. Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 décembre 1913.)

- RIBADEAU-DUMAS et FERROCHON. — Les reliquats du tubercule d'inoculation infantile chez l'adulte. (*Bull. Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 février 1918.)
- RIBADEAU-DUMAS. — La lésion initiale de la tuberculose pulmonaire. (*Bull. Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1914.)
- Le tubercule d'inoculation infantile et son évolution. (*Revue de la Tuberculose*, 1920.)
- RIEL. — De la pneumonie tuberculeuse lobaire. (*Thèse*, Lyon, 1906.)
- RIST et AMEUILLE. — La broncho-pneumonie tuberculeuse. (*Paris Médical*, 7 janvier 1922.)
- Le type adulte de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (*Bull. Soc. Médicale Hôpit. Paris*, 1914.)
- SALLIER. — Les cavernes tuberculeuses de la base. (*Thèse*, Lyon, 1919.)
- SABOURIN. — Cavernes et signes caverneux, 1918.
- SERGEANT. — Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires. (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, 25 septembre 1914.)
- SAVY. — Les pneumonies tuberculeuses curables. (*Bull. Soc. Méd. Hôpit. Paris*, 1913.)
- TAILLENS. — Le pronostic de la tuberculose pulmonaire. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 20 novembre 1915.)
- TARDY. — La tuberculose basale post-pleurétique. (*Thèse*, Lyon, 1913-1914.)
- WEILL (René). — Tuberculose pulmonaire du nourrisson. (*Thèse*, Paris, 1921.)
-

TABLE DES MATIERES

Chapitre I. — Les données actuelles sur les tubercules pulmonaires du lobe inférieur.....	9
Chapitre II. — Observations.....	23
Chapitre III. — Les tuberculoses fibro-caséuses du lobe inférieur d'après nos observations et celles des auteurs au point de vue clinique.....	47
Chapitre IV. — Anatomie pathologique, étiologie et pathogénie des tuberculoses pulmonaires du lobe inférieur.....	63
Conclusions.....	79
Bibliographie.....	83
